

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



SEPTIÈME SÉRIE — TOME VINGTIÈME

CINQUANTE-DEUXIÈME ANNÉE

90132

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1894

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

LES HALLUCINATIONS

ET LE

DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ

DANS LA FOLIE SYSTÉMATIQUE

LES PERSÉCUTÉS POSSÉDÉS ET LA VARIÉTÉ PSYCHO-MOTRICE
DU DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS SYSTÉMATIQUE

Par le Dr J. SÉGLAS

Conférence faite à l'hospice de la Salpêtrière,
le 19 mars 1894

(Recueillie par le Dr Henry MEIGE)

Messieurs, j'ai attiré votre attention dans nos précédentes réunions sur la présence, dans la folie systématique, à côté du délire habituel des persécutions, d'idées d'auto-accusation. Nous allons étudier aujourd'hui certains cas où le délire de persécution, s'accompagnant d'un groupement de symptômes plus particulier,

revêt, à une certaine période de la maladie, parfois même dès le début, une apparence différente des cas ordinaires et se présente plutôt comme un délire de possession.

Les faits les plus typiques de ce genre sont ceux où le délire est empreint d'une teinte mystique, rappelant les anciennes observations de folie religieuse (démonomanie et théomanie).

Bien qu'ils ne soient pas les seuls, ainsi que nous le verrons par la suite, ils méritent cependant, puisqu'ils sont les plus nets, d'être pris comme point de départ de notre étude actuelle.

Ces cas de folie systématique que nous allons envisager, semblent comporter plus particulièrement la présence des symptômes suivants :

1° Prédominance très marquée de troubles psychomoteurs, tels que : hallucinations motrices, impulsions diverses, phénomènes d'arrêt ; 2° fréquence plus grande des hallucinations visuelles ; 3° rareté des hallucinations auditives surtout verbales ; 4° dédoublement très accentué de la personnalité ; 5° idées de possession, souvent de caractère mystique.

Tels sont les symptômes cardinaux qui distinguent cette variété de folie systématique du délire des persécutions ordinaire.

En fait, le développement d'hallucinations d'un caractère particulier semble être alors le symptôme fondamental.

Ans si, pour mieux comprendre et différencier les cas en question, nous allons passer en revue les symptômes hallucinatoires qu'on observe habituellement dans la folie systématique avec délire des persécutions, et nous verrons ainsi par quelles transitions successives on peut arriver à ces variétés moins communes que nous nous proposons d'étudier aujourd'hui.

Au point de vue de leurs hallucinations, on peut

diviser les persécutés systématiques en plusieurs catégories :

Dans une première, les malades n'ont jamais d'hallucinations, ou bien celles-ci sont très rares, isolées et transitoires. Tels sont les *persécutés persécuteurs* ou *persécutés raisonnants* étudiés en France par M. J. Falret, qui ont fait l'objet de la thèse de son élève M. Potier, et dont la « folie des querelles » (*Querulantenwahn*) des Allemands, les *litiganti*, les *querulanti* des Italiens représentent la variété la plus commune.

Un autre groupe comprend les persécutés hallucinés « sensoriels ».

Je ne veux pas dire par là, bien que cela se rencontre assez souvent, que les hallucinations sensorielles soient les seules qui se manifestent alors, mais simplement qu'elles sont très développées, prédominantes, persistantes, et présentent même souvent une évolution progressive parallèle à celle de la maladie envisagée dans son ensemble.

Ces hallucinations sensorielles peuvent ainsi se montrer sous tous les aspects que nous avons étudiés au début de ces conférences. Elles peuvent être élémentaires, communes, verbales, et d'autre part, tous les sens peuvent être affectés à des degrés différents d'ailleurs. Je ne fais que citer les hallucinations du goût, de l'odorat qui sont fréquentes, et se relient en général à des idées d'empoisonnement. De même, il n'est pas rare d'observer des hallucinations génitales.

Les phénomènes hallucinatoires qui intéressent le sens de la vue méritent une attention plus spéciale. Lasègue qui, comme vous le savez, a décrit le premier le délire des persécutions, niait que les malades fussent atteints d'hallucinations visuelles ; il considérait même en quelque sorte l'absence de ce phénomène comme un

signe pathognomonique. D'autres auteurs ont émis un avis contraire et pensent que l'opinion de Lasègue est beaucoup trop absolue; le D^r Mabilie, en particulier, a rapporté plusieurs observations où des persécutés typiques avaient présenté de réelles hallucinations de la vue.

Le fait est indéniable : un certain nombre de persécutés systématiques du type habituel peuvent être atteints d'hallucinations de la vue ; mais celles-ci se présentent avec certaines particularités. On peut à cet égard ranger les malades sous trois chefs :

D'abord nous pouvons mettre à part les cas envisagés par Lasègue et qui sont les plus ordinaires, dans lesquels les hallucinations visuelles manquent.

A côté de ceux-là, il en existe d'autres où l'on constate l'existence d'hallucinations de la vue. Elles peuvent être alors dues à un élément surajouté. On peut en effet rencontrer chez des persécutés la coexistence de plusieurs délires (ainsi que Lasègue lui-même l'avait fait remarquer), et le symptôme hallucinatoire se rattache alors à une origine différente de l'affection mentale, l'alcoolisme par exemple, qui lui imprime son cachet particulier, ce qui permet de le rattacher à la cause même qui l'a produit. De même, quand les hystériques sont atteints de folie systématique avec idées de persécution, ils peuvent avoir des hallucinations de la vue, mais celles-ci relèvent plutôt de l'hystérie même.

Enfin, les hallucinations visuelles peuvent se produire sans l'adjonction d'un autre élément morbide, et appartenir en propre à la folie systématique. Elles revêtent alors quelques caractères particuliers. Dans les cas habituels, elles restent relativement peu fréquentes : de plus, elles ne se présentent guère qu'à l'état élémentaire ou sous la forme commune. Les malades voient des flammes, des éclairs ou des objets plus ou

moins distincts. Enfin, il est à remarquer qu'ils ne sont généralement pas dupes de ces phénomènes, ils les jugent en quelque sorte à leur valeur. S'ils les interprètent dans le sens de leurs convictions délirantes, ils savent toutefois et disent que ce sont là de fausses sensations. « Mes ennemis, disent-ils par exemple, *me font voir* certaines choses ; mais je sais bien qu'elles n'existent pas ; c'est de la fantasmagorie, de la *physique* ; je suis bien sûr que cela n'est pas vrai. »

Ici, au contraire de ce qui se passe pour les hallucinations de l'ouïe, on voit que le malade se rend bien compte que ses sensations n'ont pas trait à un objet existant réellement. Il existe donc entre les phénomènes hallucinatoires de la vue et de l'ouïe, une différence importante au point de vue de la conscience de leur caractère pathologique, que le malade conserve jusqu'à un certain point en ce qui regarde les fausses sensations visuelles.

C'est du côté de l'ouïe que se passent les phénomènes hallucinatoires les plus importants.

Ce sont d'abord des hallucinations élémentaires qui font entendre aux malades des bruits indéfinis. En général, ils les traduisent par des onomatopées (boum, crac, ui-ui-nit).

Dans d'autres cas, il s'agit d'hallucinations auditives communes ; le malade rattache sa sensation à un objet particulier bien déterminé : bruits de pas, sifflets de chemin de fer, son d'une cloche, coup de fusil, etc.

Enfin, il y a des hallucinations auditives verbales qui, dans l'ordre chronologique, sont généralement les dernières et qui, elles-mêmes, ont souvent un développement progressif. Tout d'abord, le malade n'entend que des mots isolés, des phrases très courtes, toujours de même signification, et parfois même presque stéréotypées. Basses, indistinctes, chuchottées au début, les *voix*

deviennent par la suite de plus en plus nettes. Vous connaissez ce vocabulaire d'injures grossières que presque tous les persécutés ont à supporter au début. Puis l'hallucination se développe ; c'est un monologue que tient le persécuteur et que le patient est condamné à entendre, parfois même c'est un discours interminable qu'il doit subir sans espoir de s'y dérober.

Mais les choses se compliquent encore. Si les persécuteurs sont nombreux, s'ils forment une *bande*, ce n'est plus un monologue, mais un dialogue, une conversation bruyante. Les interlocuteurs peuvent s'adresser directement au persécuté ou causer entre eux en débâtlérant sur son compte.

Parmi les voix qu'entend le persécuté, il en est qui lui sont nouvelles et inconnues ; d'autres reparaissent avec le même caractère d'intonation, elles lui sont familières, et il sait les reconnaître.

Tantôt ces voix ne se distinguent en rien des paroles réelles que le malade peut entendre ; d'autres fois il les différencie par certains caractères variables, de timbre, d'intensité, etc.

Il arrive que quelquefois tous les persécuteurs sont du même avis et s'entendent parfaitement pour lui faire toutes sortes de misères.

Mais, dans d'autres cas, les interlocuteurs se disputent entre eux, les uns soutenant le pour, les autres le contre. A côté des persécuteurs, il y a des défenseurs, et l'on retrouve alors, à côté des idées habituelles de persécution, certaines de ces idées particulières que je vous ai déjà signalées sous le nom d'idées de défense.

Tantôt les voix se font entendre à la fois dans les deux oreilles : l'hallucination est bilatérale. Dans quelques circonstances elle devient unilatérale, le patient ne percevant plus les voix que d'un seul côté. Enfin, les hallucinations peuvent être aussi bilatérales,

mais de caractère opposé de chaque côté, le malade percevant seulement par une oreille les calomnies, les insultes de ses persécuteurs, tandis que l'autre semble réservée aux paroles consolantes que prononcent les défenseurs.

Quand les hallucinations verbales auditives durent depuis un certain temps, le malade en arrive à présenter le phénomène connu sous le nom d'« écho de la pensée. » Il accuse les personnes qui l'environnent de connaître ses plus secrètes pensées, de les énoncer à haute voix, si bien qu'il les entend avant même d'avoir eu le temps de les prononcer, etc.

Il est à remarquer que les voix qui se font entendre au milieu du silence comme au milieu du bruit, la nuit comme le jour, qui viennent du dehors de tous les côtés, du plafond, des cheminées, de distances plus ou moins éloignées, qui accompagnent le malade dans ses déplacements, sont toujours dues à des interlocuteurs qui restent invisibles. Le malade avoue lui-même que, malgré ses tentatives, il n'a pas pu prendre sur le fait les individus qui lui parlaient ainsi. Le sens de la vue ne se fait pas le complice de celui de l'ouïe et il ne se produit pas ici, entre ces deux sens, sauf de très rares exceptions, ces associations hallucinatoires que l'on rencontre chez d'autres vésaniques qui voient leurs interlocuteurs en même temps qu'ils les entendent. C'est ce qui explique l'expression dont se servent souvent les persécutés pour désigner leurs voix, « mes secrètes, mes invisibles ».

Au fur et à mesure que la maladie évolue, les hallucinations verbales peuvent changer de caractère.

C'est alors que l'on peut constater des hallucinations verbales motrices. L'hallucination auditive ne disparaît pas pour cela ; elle persiste généralement au contraire, et souvent il se produit alors de ces associations ou combi-

naisons hallucinatoires du genre de celles que nous avons étudiées précédemment ; mais, fait important à constater, l'hallucination motrice reste cependant à un plan plus effacé et ne se présente que par intervalles. Un grand nombre de ces persécutés n'en a même jamais.

Si maintenant, Messieurs, vous voulez bien jeter un coup d'œil d'ensemble sur la série des phénomènes hallucinatoires, bruits ou voix, dont je viens de vous faire brièvement l'analyse et dont je vous ai montré le développement souvent progressif, vous vous apercevrez facilement que leur ordre d'apparition correspond alors exactement à la formation des idées et au développement du langage chez l'enfant. C'est d'abord l'hallucination auditive élémentaire, puis la commune, la verbale auditive, et en dernier lien, la verbale motrice.

Or, que se produit-il pour l'éclosion et le perfectionnement du langage chez l'enfant ? Celui-ci n'a d'abord qu'une vague sensation de son élémentaire, brut ; plus tard, il a la notion de l'objet qui produit ce son.

Puis l'enfant, entendant parler, commence par associer l'image auditive verbale à l'image auditive commune. Bientôt, il cherche lui-même à répéter les mots qu'il entend, et associe à son tour l'image verbale motrice à l'image auditive verbale.

C'est, vous le voyez, la même marche progressive, et le développement des hallucinations chez les persécutés suit bien la même marche que le développement de la fonction du langage chez l'enfant.

Il existe enfin, chez ce persécuté systématique, des troubles de la sensibilité générale. Ce sont de fausses sensations, généralement douloureuses, intéressant la sensibilité périphérique ou viscérale ; mais il importe de remarquer à ce propos que les malades ne voient pas leurs organes irrémédiablement atteints ; les troubles sensitifs, bien que se manifestant parfois de longtemps,

se présentent comme par intervalles paroxystiques ou bien ne laissent pas de traces durables. Au fur et à mesure qu'une partie du corps est lésée, elle semble subir un travail de régénération qui la guérit de ses blessures. C'est là un fait important sur lequel j'aurai bientôt l'occasion de revenir.

Il est toutefois à noter que certains malades vraiment persécutés, mais en même temps hypocondriaques, accusent des désordres permanents dans leurs différents organes. Les troubles de la sensibilité générale et surtout viscérale sont alors beaucoup plus persistants. Il est des cas alors où, tout comme chez les persécutés hypocondriaques raisonnants, il n'y a pas de troubles hallucinatoires du côté des sens spéciaux. Aussi ces malades pourraient-ils être considérés comme établissant une sorte de transition entre les persécutés hallucinés du type précédent et ceux du type que nous allons envisager maintenant.

Il est, en effet, une dernière catégorie où, à l'inverse de ce qui se passe chez les persécutés sensoriels, les phénomènes hallucinatoires de caractère *moteur* tiennent dans la symptomatologie une place prépondérante, souvent dès le début, tandis que les hallucinations auditives sont reléguées à un rang très secondaire, parfois même tellement effacées qu'elles ne peuvent être mises en évidence. Elles ne sont guère plus fréquentes que les hallucinations de la vue chez les malades du groupe précédent. Ces deux sortes d'hallucinations (visuelles et auditives) peuvent d'ailleurs, comme nous le verrons, coexister dans ces cas avec les hallucinations motrices.

Mais ce sont ces dernières qui, très accentuées, incessamment répétées et presque continuelles, constituent le symptôme le plus saillant du tableau clinique et dirigent absolument la scène pathologique.

Ce sont d'abord des hallucinations verbales motrices

se présentant avec tous les caractères et à tous les degrés d'intensité que nous avons longuement examinés dans nos réunions précédentes à propos de l'étude particulière de ce symptôme.

Mais les hallucinations motrices ne s'adressent pas seulement à la fonction langage ; on retrouve, au contraire, toutes sortes d'hallucinations motrices communes. Les malades accusent souvent, en effet, des sensations de déplacement d'une partie du corps ou du corps tout entier, de certains mouvements qu'ils se sentent poussés à accomplir comme malgré eux ou qu'ils croient exécuter alors qu'en réalité ils restent immobiles.

Ils disent qu'on les pousse à droite ou à gauche ; on leur tire la langue, on leur contracte les mains, on les secoue, on les bouscule dans leur lit qui tourne, danse ; ils se sentent attirés de dessus leur chaise, lorsqu'ils sont assis ; ils tombent dans des précipices, etc...

Souvent même ces symptômes sont beaucoup plus accentués et, atteignant leur maximum d'intensité, se présentent sous la forme de véritables impulsions. C'est alors que les malades disent qu'une volonté plus forte que la leur les pousse à faire des choses qu'ils ne veulent pas faire, à sortir, à courir, à marcher sans cesse, à boire et à manger sans raison, à se lever, à changer de place, à voyager, à faire du mal aux personnes de leur entourage, et ils se sentent poussés à tous ces actes qu'ils réprouvent et combattent inutilement, comme s'ils étaient électrisés.

De même ils ont des impulsions verbales qui les font parler haut malgré eux, dire des choses qu'ils n'ont pas l'intention de dire et leur semblent tout étranges, souvent le contraire de leur propre pensée.

Dans d'autres cas, au contraire, celle-ci leur échappe et se trouve articulée malgré eux avec tous les degrés d'intensité possible. C'est le phénomène que je vous ai

signalé sous le nom de *fuite de la pensée*, bien souvent confondu avec l'écho de la pensée.

En regard de ces impulsions diverses, il est d'autres symptômes, identiques de nature, mais se présentant sous l'aspect inverse de phénomènes d'arrêt ou d'inhibition.

On les empêche, disent les malades, de faire ce qu'ils veulent, on leur retient la main lorsqu'ils travaillent, ils se sentent immobilisés, pétrifiés, au milieu de leurs mouvements qui restent inachevés. Ils ne sont plus maîtres de leur langue qui se refuse à articuler les mots nécessaires à l'expression de leur pensée.

Ces différents symptômes ne font que traduire une atteinte profonde à la volonté, que souvent les malades accusent eux-mêmes lorsqu'ils disent qu'on leur retire leur volonté, qu'ils sont trop faibles pour lutter, qu'ils se sentent dominés et n'ont plus leurs facultés.

Mais tous ces phénomènes ne se manifestent pas seulement dans le domaine de la volonté en tant que présidant aux mouvements, ils s'adressent aussi au côté purement intellectuel.

C'est ainsi que les malades se plaignent parfois de ne plus pouvoir penser à rien de suivi, d'être continuellement distraits de leurs idées habituelles par un courant d'idées qui leur semblent absolument étrangères ou contradictoires. Ou bien on leur retire leur pensée : s'ils ont une idée, cette idée s'en va et ils restent comme abrutis. S'ils ne peuvent plus alors exprimer leur pensée, ce n'est plus comme tout à l'heure parce qu'une force intérieure s'oppose aux mouvements d'articulation nécessaires, mais c'est parce que leur pensée est fugitive et instable.

De pareils symptômes sont évidemment justiciables d'un trouble de l'attention, qui n'est qu'une manière d'être de la volonté appliquée aux phénomènes de l'idée-

tion et ne font que mettre en lumière le fonctionnement défectueux de la synthèse mentale qui est à la base de toutes nos opérations intellectuelles, volontaires et conscientes.

Ce défaut de synthèse mentale peut être parfois retrouvé à propos de faits de perception. Ainsi, une de nos malades prétend que ses yeux sont scellés, immobiles et ne peuvent plus remuer; que, pour voir un objet dans son ensemble, elle est obligée de remuer toute la tête. Or, il n'en est rien et, au moment même où elle cherche à nous donner une démonstration de son dire, on constate manifestement des mouvements du globe de l'œil que la malade assure cependant être resté immobile. Il est bien évident que cela résulte de ce que, dans l'ensemble des sensations kinesthétiques diverses inhérentes aux mouvements complexes qu'elle vient d'accomplir, elle n'a pas synthétisé, assimilé à sa conscience personnelle celles qui se rapportaient aux mouvements du globe oculaire.

De tous les troubles que nous venons d'examiner et que nous pouvons ranger sous le qualificatif général de *psycho-moteurs*, il convient de rapprocher ceux qui se présentent dans le domaine de la sensibilité générale ou viscérale et avec lesquels, en tant qu'ils peuvent affecter le sens musculaire, ils se trouvent avoir d'étroits rapports. Il est à remarquer en effet, à ce propos, que bien qu'on puisse rencontrer les mêmes troubles de la sensibilité générale ou viscérale chez les persécutés sensoriels et moteurs, il y a cependant quelques différences dans leur intensité réciproque. Tandis que, tout à l'heure, les malades se plaignaient avant tout de sensations douloureuses de brûlures, de picotements, de fourmillements, etc., maintenant, au contraire, ils accusent de préférence des sensations de pesanteur, de légèreté, de vide, de grossissement ou de rapetissement, etc. De

même les troubles de la sensibilité viscérale sont beaucoup plus accentués ici que chez le persécuté sensoriel qui accuse plutôt des troubles de la sensibilité générale périphérique. Il est à remarquer enfin que tous ces troubles cœnesthétiques, quels qu'ils soient, ont chez le persécuté moteur un caractère de constance plus prolongée, de continuité, parfois même de permanence, qu'ils n'ont pas chez le persécuté sensoriel ordinaire, à moins, comme je le disais tout à l'heure, qu'il ne soit réellement hypocondriaque.

Nous venons d'examiner chez les malades que nous avons en vue les phénomènes moteurs ; voyons maintenant les phénomènes sensoriels.

J'ai déjà dit au début que chez eux les hallucinations auditives étaient reléguées au second plan, vis-à-vis des motrices. Souvent elles ne se présentent que sous une forme élémentaire ou commune ; lorsqu'il existe des hallucinations verbales auditives, elles peuvent, suivant les cas, se montrer assez fréquentes au début de la maladie, pour disparaître totalement au bout de quelque temps, ou persister simplement à titre de combinaison hallucinatoire avec une hallucination motrice, ou, d'autres fois, elles sont extrêmement rares en tout temps, comme chez une de nos aliénées, qui n'en a eu que trois en huit ans de maladie.

En revanche, les hallucinations visuelles sont assez ordinaires chez ces malades, à l'inverse de ce qui se passe dans la forme sensorielle ; et quelques-uns d'entre eux même en ont de très fréquentes. D'autre part si, dans certains cas, elles conservent ces caractères un peu particuliers qu'elles revêtent lorsqu'elles se présentent chez les persécutés, elles peuvent aussi d'autres fois ne différer en rien, au point de vue psychologique, des hallucinations visuelles classiques.

Ces hallucinations sont le plus souvent élémentaires

ou communes, quelquefois même verbales. Lorsqu'il s'agit d'hallucinations communes, elles sont souvent empreintes d'une couleur mystique : le malade voit le diable, la Vierge, le paradis, l'enfer, etc.

Il est à remarquer aussi que, dans ces cas, contrairement à ce que nous avons vu chez les persécutés sensoriels, les visions du malade s'associent souvent à ses voix. Et les personnages qui lui apparaissent, communiquent avec lui par une hallucination verbale le plus souvent motrice, ou auditive, parfois même visuelle.

On trouve aussi dans ces cas, souvent même dès le début, des hallucinations génitales répétées et persistant par la suite.

Quant aux hallucinations du goût, de l'odorat, elles ne se distinguent en rien de celles qui affectent les mêmes sens chez les persécutés sensoriels.

Vous voyez déjà les différences qui existent, au point de vue des hallucinations, entre les persécutés que nous avons en vue et les persécutés sensoriels du type commun, différences qui peuvent se résumer ainsi, dans leurs traits principaux :

1° Prédominance de troubles psycho-moteurs de toute espèce, tels que défaut de synthèse mentale, phénomènes d'arrêt ou d'inhibition, impulsions et hallucinations motrices de toutes espèces. Ces phénomènes qui peuvent se développer au bout de quelque temps de maladie, existent toujours dès le début, mais moins accentués ; dans d'autres cas même, ils atteignent d'emblée tout leur développement ;

2° Répartition différente et caractères un peu particuliers des troubles cœnesthétiques ;

3° Fréquence moins grande ou même absence presque complète des hallucinations auditives verbales ;

4° Développement plus grand des hallucinations visuelles.

Si nous poussons plus loin cette étude, nous voyons qu'à ces différents symptômes correspond un état de désagrégation psychique, plus ou moins marquée, souvent un véritable *dédoubllement de la personnalité*.

Je ne veux pas insister, Messieurs, sur la genèse de ce trouble psychopathique, mais je tiens à vous expliquer comment il se fait qu'il soit si accentué chez les persécutés *moteurs*, tandis qu'il est réduit au minimum chez les *sensoriels*.

Cela tient surtout, je crois, à la différence même des phénomènes hallucinatoires, envisagés dans leur ensemble et aussi dans leurs caractères particuliers.

Au point de vue strict de la psychologie pure, il est incontestable que les hallucinations sensorielles représentent une atteinte à la personnalité, puisque c'est un phénomène subjectif dont la nature subjective même est méconnue par le malade ; c'est un état de conscience spécial qui n'est pas assimilé et, dès lors, assurément, même dans ce cas, la personnalité du malade, son « moi » a subi une déchéance.

Mais cette déchéance n'est que superficielle, car le consensus qui le constitue n'est guère entamé. Et, s'il est vrai qu'on soit en présence d'un état de conscience étranger au moi, il ne s'agit que d'une aliénation partielle ; et tant que ce phénomène restera identique, il ne peut, de par sa nature même, servir de base solide à la constitution d'une personnalité nouvelle.

Les sens externes, en effet, n'interviennent que d'une façon secondaire dans la conception de la personnalité, dont la base première est dans le sens du corps, la coenesthésie ; ils la circonscrivent, la déterminent, mais ne la constituent pas. Leur apport est secondaire ; ils ne renseignent que sur le dehors, et non pas sur le dedans. Ils sont l'origine de la connaissance et non de l'idée du « moi ».

Comme le fait justement remarquer M. Ribot, à l'état normal, l'individu qui sent et qui pense est adapté à son milieu. Entre le groupe d'états et de rapports internes qui constituent l'esprit, et le groupe d'états et de rapports externes qui constituent le monde extérieur, il y a correspondance, adaptation. Chez l'halluciné sensoriel, cette adaptation est détruite; de là, des jugements faux, c'est-à-dire non adaptés, mais c'est là une maladie de la raison plutôt que de la personnalité.

C'est en se fondant sur ce fait qu'on a pu dire que le délire des persécutions à forme sensorielle, avec son évolution anormale de la personnalité, toujours dans le même sens, représentait un manque d'adaptation au milieu extérieur, une perception inexacte de l'humanité.

D'ailleurs, ce peu d'influence des hallucinations sensorielles sur la constitution de la personnalité est bien mis en évidence par l'examen clinique des malades. Examinez, même dans les cas les plus accentués, les persécutés qui n'ont que des hallucinations sensorielles. Tout se passe en dehors d'eux; alors même qu'ils perçoivent des voix dialoguées de sens contraire, qu'ils entendent des défenseurs répondre à leurs persécuteurs, bien qu'il y ait là comme deux synthèses mentales en présence, la personnalité du malade n'est guère atteinte; comme le dit justement Cotard, ils continuent à objectiver l'automatisme dans le monde extérieur. Ils assistent, toujours identiques à eux-mêmes, au combat qui leur semble se passer hors d'eux-mêmes. Leur délire nous les montre comme des anormaux dont la personnalité évolue ou se transforme dans un sens déterminé, logique en quelque sorte; elle peut subir quelques atteintes superficielles et transitoires, mais elle ne se dédouble pas au sens précis du mot.

Si vous étudiez, d'autre part, la genèse et la nature

des hallucinations chez les persécutés sensoriels, vous voyez qu'elles reproduisent seulement la propre pensée du malade, et qu'elles ne sont que le reflet des préoccupations délirantes, inhérentes à la constitution de l'individu. M. Chaslin a bien mis en lumière ce caractère de persécuté, toujours méfiant, soupçonneux, sans cesse aux écoutes, adaptant d'abord à son délire toutes les sensations normales qu'il éprouve. Ainsi naissent ses idées délirantes et aussi les illusions. Puis, plus tard, le délire prend la forme hallucinatoire qui n'est que la répercussion de la pensée même du malade.

Vous comprenez donc que, dans ces cas, il ne puisse se produire un dédoublement de la personnalité, puisque l'hallucination sensorielle est en rapport direct avec le fond intellectuel de l'individu lui-même.

Et même, en prenant le cas le plus extrême, celui de l'écho de la pensée où il semble que la personnalité dût être le plus gravement atteinte, on voit que, dans ce cas, le malade, s'il ne se rend pas compte du caractère subjectif de la sensation auditive qu'il perçoit, continue cependant à s'attribuer à lui-même cette pensée qu'il entend répéter. « Ils me prennent, dit-il, et répètent *ma* pensée. »

Examinez aussi les actes du persécuté sensoriel, ces actes sont logiques, toujours parfaitement d'accord avec ses pensées. Il sent, pense, agit sans cesse dans le même sens.

Mais, me direz-vous, rien d'étonnant, à ce que la personnalité ne subisse pas de modifications profondes du fait des hallucinations sensorielles, puisque nous admettons volontiers que l'apport des sens externes est secondaire.

Mais ces malades n'ont-ils donc pas des troubles de la personnalité, de par le fait des désordres de la sensibilité générale et spéciale qui intéressent alors la cœnesthésie,

base fondamentale de la personnalité ? Sans aucun doute, mais il semble d'autre part que, pas plus que les hallucinations sensorielles, ces nouveaux symptômes, tout en modifiant d'une façon plus évidente la personnalité de l'individu, ne servent pas de fondement à la création d'une personnalité nouvelle, coexistant à côté de l'ancienne, en un mot, à un véritable dédoublement. Il peut y avoir alors tout au plus transformation, dissolution progressive de la personnalité première, mais il n'y a point organisation d'une personnalité nouvelle, coexistant à côté de l'ancienne, vivant à côté d'elle d'une existence indépendante, ayant en quelque sorte son autonomie propre.

Pourquoi cela ? Je l'ignore.

On pourrait peut-être invoquer, à ce propos, un fait d'observation fréquente chez les persécutés, qui s'imaginent qu'on s'attaque à leurs organes. C'est que les organes ne sont jamais profondément détruits par le fait des attaques, ou, s'ils le sont, ces modifications ou ces destructions sont éphémères et se réparent au fur et à mesure qu'elles se produisent, ce qui permet même à ces organes de résister presque indéfiniment à ces attaques toujours renouvelées. Cela indique bien qu'il ne s'agit pas de troubles très profonds, capables de servir de base à la constitution d'une personnalité nouvelle.

Ce fait de la résistance et de la restauration des organes attaqués est mis bien souvent en lumière par les idées de défense.

Je vais vous présenter dans un instant une malade atteinte depuis plusieurs années de troubles incessants de la sensibilité générale. Ces troubles ne produisent chez elle aucune lésion importante de la personnalité. Des défenseurs bienfaisants s'occupent à restaurer les dégâts causés par les persécuteurs. Ils réparent en une nuit tous les délabrements de la nuit précédente. Le

jour suivant, nouvelles destructions d'os ou de chair, bientôt cicatrisées à leur tour.

Ces idées antagonistes de défense et de persécution représentent bien, il est vrai, comme dans les hallucinations dialoguées de sens contraire, la lutte de deux synthèses mentales en présence ; mais alors même qu'elles ont trait à la personnalité physique du malade, il continue à en objectiver l'origine au dehors, il place toujours en dehors de lui ses défenseurs comme ses persécuteurs. Aussi, de même que sa personnalité morale, sa personnalité physique attaquée résiste-t-elle très longtemps ; et si elle subit des modifications transitoires, on même des transformations plus persistantes, elle n'est pas envahie, dédoublée en une personnalité seconde, s'organisant définitivement et fonctionnant pour son compte, côte à côte avec l'ancienne.

Cependant, Messieurs, on rencontre des persécutés chez lesquels le dédoublement de la personnalité est un fait indéniable. C'est alors qu'interviennent, en plus des troubles cœnesthétiques, certains des phénomènes qui accompagnent les formes motrices : telles sont les hallucinations motrices communes ou verbales, et encore faut-il que toutes ces manifestations ne soient pas isolées, transitoires, mais qu'elles se rapprochent, par leur intensité et leur fréquence, de ce qu'on observe chez nos persécutés moteurs. Sans cela le dédoublement resterait sans consistance, intermittent et momentané.

Les hallucinations motrices, en effet, s'adressent au sens cœnesthétique qui constitue, comme vous savez, la base fondamentale de la personnalité, et cela parce qu'elles intéressent le sens musculaire, qui est un des éléments de la cœnesthésie.

Elles ne fournissent pas de données sur le monde extérieur, mais sur les faits intimes, du dedans ; pour

employer le mot même des malades, ce sont des phénomènes intérieurs.

En se reportant, d'autre part, à ce qu'elles peuvent devenir à leur summum, l'impulsion, on voit ainsi l'atteinte subie dans ces phénomènes d'automatisme, par la volonté, dont l'exercice n'est en fait que l'exécution de mouvements musculaires prévus et déterminés pour produire un effet qui est aussi prévu et déterminé. Or, l'on sait le rôle considérable que joue l'effort volitionnel dans la constitution du moi.

Les phénomènes inverses d'arrêt ou d'inhibition ont la même valeur psychologique et agissent dans le même sens.

Aussi leur action sur la personnalité sera-t-elle plus profonde, arrivant à produire un véritable dédoublement.

Non seulement l'individu se trouve entravé dans toutes ses manifestations intellectuelles, mais il se produit d'autres manifestations en opposition directe avec elles.

Ces manifestations involontaires lui semblent venir d'une région de l'esprit qui reste dans l'obscurité pour son moi, souvent même il n'en a pas conscience avant qu'elles se traduisent au dehors. Elles lui semblent étrangères, du fait même qu'elles exercent une contrainte sur sa propre pensée, et souvent en opposition avec elle, revêtent comme une existence indépendante.

Cela est quelquefois mis en évidence de la façon la plus nette, par les expressions mêmes dont se servent les malades à ce propos.

Je vous ai dit, par exemple, que le malade qui présente le phénomène connu sous le nom d'écho de la pensée, tout en disant qu'il entend sa pensée formulée, qu'on la lui vole, reconnaît implicitement qu'elle est toujours sienne ; « on me vole *ma* pensée », dit-il.

Au contraire, ceux chez lesquels prédominent les hallucinations motrices, perdent la notion de leur personnalité et s'expriment à la troisième personne : « *Ils* ou même *on* parle par ma langue, ils me font dire telles ou telles choses, mais je ne les ai pas pensées. » Quelquefois même, étendant l'usage de ce pronom indéfini, comme une malade que je vous ai déjà présentée, ils diront en parlant d'eux-même : « on parle, on fait telle ou telle chose sans qu'on sache pourquoi ». Ces expressions diverses montrent bien que les malades ne considèrent pas ces symptômes comme se rattachant à leur « moi », ne les font pas rentrer dans le schéma de la personnalité individuelle, et, tout en reconnaissant pour une part leur caractère intérieur, leur attribuent cependant une existence indépendante.

Quelquefois même les choses vont beaucoup plus loin et la séparation des deux personnalités, le dédoublement est absolument complet, ainsi que cela apparaît dans certaines manifestations psychologiques très voisines des hallucinations motrices.

Dans les hallucinations verbales motrices et les impulsions verbales, par exemple, le malade perçoit des paroles à l'aide de mouvements d'articulation correspondants qui sont involontaires, puisqu'il cherche parfois vainement à s'y opposer ou prononce des paroles malgré lui. Mais si la pensée qui dicte ses mouvements lui semble étrangère à son « moi », les mouvements d'articulation qui la traduisent, tout involontaires qu'ils sont, restent conscients pour lui. Il a conscience qu'ils s'exécutent, mais ne peut s'opposer à leur exécution.

Mais, dans d'autres circonstances, ces mouvements déjà involontaires deviennent de plus inconscients, absolument comme la pensée qu'ils traduisent, et cette inconscience se produit non seulement dans ces mouvements d'articulation mentale peu accentués qui font

souvent cortège à l'hallucination motrice, mais alors même qu'ils sont assez intenses pour que la parole soit réellement prononcée, à voix basse ou haute, mais ayant toujours assez de timbre pour pouvoir frapper l'oreille de l'observateur et du sujet lui-même, qui méconnaissant sa propre voix ne fait plus qu'entendre les paroles qu'il vient de prononcer, sans se rendre compte que c'est lui-même qui les a émises. C'est la parole involontaire et inconsciente, de laquelle on peut rapprocher l'écriture ou tout autre acte de même caractère.

Les faits de ce genre, bien que plus rares, montrent bien jusqu'où peut aller dans les cas que nous examinons, la scission, le dédoublement de la personnalité.

D'ailleurs à mesure que progresse la maladie, les troubles de la personnalité physique, dans lesquels les précédents ont leur base première par l'intermédiaire du sens musculaire, ne font que s'accroître. Les différentes perturbations qui surviennent dans le domaine de la sensibilité générale et surtout viscérale, s'organisent maintenant et constituent autant d'acquisitions en faveur de la personnalité nouvelle qui s'accroît ainsi et finit par donner au malade la conviction d'un être étranger envahissant sa pensée, agissant sur ses organes, habitant même souvent dans son propre corps. Nous avons fait remarquer d'ailleurs que les troubles de la sensibilité générale n'ont plus alors ce même caractère d'intermittence qu'ils avaient dans les autres cas, mais ils sont beaucoup plus tenaces, persistants même souvent ; aussi leurs conséquences ne sont-elles plus transitoires mais définitives.

En ce qui concerne les altérations de la personnalité, la différence est donc facile à saisir, et elle est capitale.

Je ne voudrais pas cependant établir un fossé trop profond entre les formes motrice et sensorielle. Il existe

des cas intermédiaires reliant entre eux les deux extrêmes, ainsi que vous pourrez le constater d'après les malades que je vais vous présenter dans un instant.

Un persécuté sensoriel peut en effet, à une certaine époque de son délire, présenter des symptômes d'une incoordination de la personnalité partielle ou transitoire. Chez d'autres, la symptomatologie de la maladie se modifiant à une certaine période dans le sens que nous étudions, il se fait un véritable dédoublement de la personnalité, qui, chez d'autres enfin, apparaît très accentué dès le début, côte à côte avec les symptômes en question.

Sous l'influence de ce dédoublement de la personnalité, le malade émet des idées délirantes particulières.

« Au premier abord (1), disais-je à ce propos dans les précédents mémoires, on peut croire que l'on a affaire à de simples idées de persécution, en général assez systématisées ; mais, il est à remarquer que ces idées de persécution ont une teinte spéciale, mystique, comme la phraséologie qu'affectionnent ces malades, et traduisent en quelque sorte la contrainte qu'ils éprouvent, les troubles de leur personnalité. Ils attribuent leurs tourments aux sorciers, aux prêtres, à la théologie sacrée ou démoniaque, s'en prennent aux esprits, au spiritisme, à la suggestion, se disent « ensabbatés », si bien que, par leur teneur et leur fondement psychologique constitués par les différents troubles psycho-moteurs énumérés tout à l'heure, ces idées s'éloignent des idées de persécution habituelles, et, en tenant compte de la différence due à l'éducation, au milieu social, se rapprochent au contraire beaucoup *des idées de possession*, d'observation fréquente autrefois.

(1) J. Ségla. Variété psycho-motrice des délires de persécution (*Ann. méd.-psych.*, janvier 1893, p. 111). J. Ségla et G. Brouardel : Persécutés auto-accusateurs et persécutés possédés. (Congrès de la Rochelle et *Arch. de Neur.*, 1893).

Ces idées de possession, vous les trouverez très bien décrites dans les anciens auteurs, notamment lorsqu'ils traitent de la démonomanie.

A ce propos, permettez-moi de faire une courte digression pour bien vous montrer à quelles catégories de démonomaniaques correspondent les cas que nous envisageons aujourd'hui.

Bien que de par son étymologie, le mot démon signifie simplement esprit, génie, intelligence, et ne doive point se prendre en mauvaise part, le terme de démonomanie, dans tous les ouvrages où vous le rencontrerez; s'applique à des délires dans lesquels n'interviennent que des démons malfaisants.

Quant à la signification du terme démonomanie, elle doit être prise, comme l'indique M. Ritti, dans son acception la plus étendue de simples conceptions délirantes dans lesquelles le diable et l'enfer jouent un rôle prédominant. Et c'est être beaucoup trop exclusif que de regarder simplement ce terme comme synonyme d'idée de possession démoniaque.

En compulsant les observations des anciens auteurs, vous verrez en effet que beaucoup de leurs démonomaniaques ne sont nullement possédés, mais émettent des idées délirantes très différentes, et, par l'ensemble symptomatique et l'évolution de leur maladie, rentrent dans des classes très diverses des nomenclatures psychiatriques actuelles.

Aussi, certains écrivains, tout en se fondant surtout sur la nature des idées délirantes, avaient-ils essayé autrefois de décrire dans la damnomanie plusieurs variétés.

C'est d'abord la damnomanie de Macario, correspondant à peu près à la démonophobie de Guislain, à la terreur de la damnation de Leuret. Par suite, les idées délirantes diffèrent alors complètement de celles des

malades que nous étudions aujourd'hui, et appartiennent au délire mélancolique.

Vous avez vu ainsi une malade atteinte de mélancolie délirante, arrivée au délire des négations, et je vous ai parlé de ses idées de damnation qu'elle a conservées jusqu'à ce jour. Elle répète à tout propos : qu'elle sera damnée dans des proportions formidables, qu'elle ira dans le grand Enfer, pour avoir causé la ruine du monde.

De ces craintes de la damnation, nous rapprocherons l'idée d'avoir causé la damnation d'autrui et dont la valeur séméiologique est celle de toutes les idées d'auto-accusation, que nous avons longuement étudiées à ce point de vue.

Vient ensuite la démonomanie ou mieux *démonopathie*, qu'on peut diviser en deux classes avec Macario, Dagouet, Ritti, etc. : la démonopathie *externe* et la démonopathie *interne*.

La démonopathie est la persécution par le démon, et celle-ci peut se manifester sous deux formes qui justifient la division précédente.

Ou bien le démon est situé en dehors du malade, et le persécute de l'extérieur ; alors celui-ci est en butte à des hallucinations sensorielles de toutes sortes : il entend la voix du démon (hallucinations auditives), il le voit (hallucinations visuelles), il sent son odeur de soufre (hallucinations olfactives), il subit ses coups (hallucination de la sensibilité générale) ou ses attouchements (hallucinations génitales, incubes et succubes). Dans ce cas, le malade est dans le même rapport avec le démon, que les persécutés vis-à-vis des autres espèces de persécuteurs (jésuites, police, francs-maçons, etc.).

Aussi cette forme, qui constitue la démonopathie externe, correspond-elle assez exactement à la folie sys-

tématique avec délire des persécutions ; avec cette particularité toutefois, que les hallucinations de la vue et génitales semblent y être beaucoup plus développées.

Les choses sont tout autres dans la forme interne de la démonopathie. Ici, sans doute, il s'agit bien encore d'une persécution par le démon ; mais celui-ci n'est plus comme tout à l'heure en dehors du malade ; maintenant il est au dedans de lui-même ; ce n'est plus la persécution, la simple obsession, c'est la possession démoniaque, que vous retrouvez si sincèrement décrite dans l'histoire des anciens possédés. Non seulement le malade entend la voix du diable et souffre de ses injures, mais il le porte en lui-même ; il est devenu son gîte, son esclave : il doit subir ses volontés, exécuter les actes qu'il lui commande ; il n'a même plus la direction de ses pensées. Le démon seul parle, agit, pense, sans que le possédé puisse s'opposer à sa toute-puissante influence.

Cette démonopathie interne, ces idées de possession démoniaque peuvent se rencontrer parmi les troubles délirants des hystériques, soit à l'état isolé, soit même à l'état épidémique, et vous connaissez assurément les nombreuses relations d'épidémies de ce genre décrites par les anciens auteurs.

De même, elles peuvent exister dans la mélancolie côte à côte avec les craintes de la damnation ; un malade atteint de mélancolie délirante peut être à la fois dæmonomane et possédé ; c'est le fond même des idées délirantes qui permettra de faire le diagnostic.

Enfin, et c'est là le sujet de notre étude, elles peuvent se rencontrer dans la folie systématique ; mais il me semble que c'est par une généralisation excessive que certains auteurs assimilent complètement tous les démonopathes sans distinction aux persécutés systématiques. Si cela est exact, et encore relativement pour la

démonopathie externe, je crois que les cas de démonopathie interne, les possédés que nous étudions, méritent une description à part et doivent être distingués en tant que variété. Et j'étendrais même volontiers cette opinion à toutes les formes mystiques de la folie systématisée.

A côté de la démonopathie interne, du délire de possession et se montrant dans les mêmes circonstances diverses, on peut placer la *démonomanie* vraie, dans laquelle le malade ne croit pas seulement être possédé par un démon, mais s'imagine qu'il est lui-même le démon. La transformation est complète. Le vrai démonomane a perdu complètement la notion de sa personnalité première ; il est devenu un être entièrement différent ; il n'est plus un être humain, il est un démon.

A la démonomanie vraie se rattachent la zoanthropie, la lycanthropie, qui n'en sont en fait que des modalités. Pour les zoanthropes en particulier, il est facile de voir qu'il s'agissait d'une forme de démonomanie vraie. La lésion psychologique est la même. L'individu était transformé en démon ; mais le démon s'incarnant dans le corps d'un animal, le malade était devenu lui-même cet animal diabolique.

Telles sont les formes principales de la démonomanie qui nous intéressent encore aujourd'hui.

Je ne vous parle que pour mémoire de la *Démonolâtrie* qui est l'ancienne folie des sorciers, et dans laquelle les individus se croyaient voués au culte du diable. Cette forme est devenue très rare aujourd'hui, et les cas qui s'y rapportent constituent de simples curiosités bibliographiques.

Elle semble se rattacher aux phénomènes que l'on observe dans certains délires toxiques. Vous savez, en effet, que les sorciers d'autrefois avaient coutume de se graisser le corps avec des pommades spéciales, dans la

composition desquelles entraient un certain nombre de solanées vireuses. Cette pratique devait entrer pour une large part dans la production de leur délire, car les symptômes qu'on observe aujourd'hui dans certaines folies toxiques présentent de grandes analogies avec les troubles qu'accusaient les anciens sorciers.

Mais revenons maintenant à nos malades, atteints de folie systématique, qui, au lieu d'émettre des idées de persécution ordinaire, traduisent comme je vous le disais le dédoublement de la personnalité, résultant des symptômes que nous avons examinés, par des idées de possession.

Ces idées de possession démoniaque, vous disais-je, ont été très bien formulées dans les observations de ce genre, recueillies par les anciens auteurs. On en trouve encore assez souvent aujourd'hui des cas dans les asiles de certaines provinces, en Bretagne et en Vendée particulièrement.

Dans le milieu parisien, il n'en est pas ainsi. Si l'on instruit que soit le malade, son délire ne se traduit guère par des idées démoniaques. Les quelques cas qu'on peut rencontrer encore ne sont jamais très purs au point de vue de la formule précise de l'idée délirante.

Cependant une de nos malades se dit ensorcelée par des prêtres qui sont dans différentes parties de son corps ; ils lui ont aussi jeté dans les yeux le « vermillon » qui est comme un démon sous la forme d'un eloporte, ce que vous appelez, dit-elle, un microbe.

— Un autre est possédé, hanté par les Esprits.

Trois autres sont possédés par un esprit qui s'est logé dans leur corps sous la forme d'un ver.

Une autre malade, dont j'ai rapporté l'histoire avec M. G. Brouardel, exprime des idées qui rappellent les croyances à l'envoûtement.

Certains malades, plus au courant des idées du jour

invoquent le spiritisme, la suggestion, etc..., non pas dans un sens banal, comme beaucoup d'autres aliénés le font souvent, mais en attachant à ces mots la signification exacte, précise, d'une contrainte sur leurs pensées, semblable à un fait de possession.

Mais, pour établir son diagnostic, le médecin n'a pas, ainsi que je vous l'ai dit déjà bien souvent au cours de nos réunions, à se fonder sur la formule de l'idée délirante. Le malade qui déclare lui-même qu'il est possédé, constitue un type vraiment trop parfait ; car il énonce lui-même son diagnostic. C'est, il faut le reconnaître, une bonne fortune qui vous manque le plus souvent.

Heureusement, on peut se passer de la formule. Et si l'on fait un examen scrupuleux des phénomènes sous-jacents qui donnent naissance à l'idée de possession : l'aboulie, les phénomènes d'arrêt, les impulsions, et surtout le dédoublement de la personnalité qui représente la synthèse de ces phénomènes-là, on peut très bien se passer de l'interprétation du malade lui-même, et porter un diagnostic aussi précis que s'il y avait des des idées de possession nettement formulées.

D'ailleurs, il ne faut pas désespérer de voir dans l'avenir réapparaître chez nos aliénés de la capitale des idées de possession ; et les tendances néo-mystiques de l'époque actuelle, la faveur dont jouissent à ce jour l'occultisme, le spiritisme, etc., nous promettent dans l'avenir des observations de folie religieuse qui ne pourront manquer d'être intéressantes.

Si les idées de possession ou, plus exactement, les idées traduisant directement le dédoublement de la personnalité sont les plus frappantes, elles ne sont pas les seules que l'on puisse rencontrer chez ces malades ; mais il est à remarquer que ces autres idées se rattachent toutes au fait même de la possession qui ne fait guère que changer de formule.

C'est ainsi que fréquemment ces malades présentent des idées hypochondriaques, en rapport avec les troubles de la sensibilité générale et viscérale. Il est certains cas même où ces idées hypochondriaques peuvent être considérées comme équivalentes de l'idée de possession : par exemple, lorsque le malade dit qu'il a des animaux dans le corps, qu'il a un ver, des ténias dans l'intérieur de ses organes.

Ces idées hypochondriaques, de même que les idées de possession peuvent, d'autre part, aboutir à des idées de négation systématisées, s'adressant aussi bien à la personnalité physique qu'à la personnalité morale ou intellectuelle du sujet. Il n'a plus de sentiments, plus de mémoire, plus de pensée ; il n'est plus maître d'aucun de ses actes. Les organes sont détruits comme chez une de nos malades qui n'a plus de *tripes*, parce que c'est un prêtre qui est dans son ventre qui les a. Un autre lui a pris son cœur, elle n'en a plus ; elle n'a plus d'ongles, plus de lnette, plus d'amygdales, etc.

Ces idées de négation peuvent être en fait considérées comme le point minimum, l'aboutissant de la possession ; le schéma de la personnalité nouvelle dont les éléments constitutifs sont de plus en plus nombreux et persistants, finit par envahir jusqu'à l'effacer presque, en se mettant au premier plan, celui de l'ancienne personnalité qui, de plus en plus réduite, finit même par être niée par le malade.

D'autres fois, au lieu d'aboutir à la négation, les idées de possession prennent une teinte mégalo-maniaque. Les malades regardent comme une faveur les symptômes de possession qu'ils accusent. Ils formulent de véritables idées de grandeur : Dieu, les Esprits parlent par leur bouche ; ils sont inspirés, ils prophétisent, etc.

L'esprit qui les anime n'est plus un esprit malfaisant, un mauvais démon ; c'est un esprit supérieur et bien-

veillant. Ils ne sont plus cacodémonomanes, mais théomanes, comme l'on disait autrefois, la théomanie ancienne étant d'ailleurs susceptible des mêmes divisions que la démonopathie; mais ils ne cessent pas pour cela d'être possédés; ils n'ont pas seulement comme d'autres systématiques mégalomanes et mystiques des rapports externes avec les puissances supérieures par l'intermédiaire des sens externes, ouïe et surtout vue; le souffle divin qui les anime est tout intérieur.

Aussi ces idées de possession théomaniaque mettent-elles la plupart du temps en évidence le dédoublement de la personnalité de la façon la plus nette, comme lorsque les malades écrivent les conversations qu'ils ont avec les Esprits; et en même temps l'on peut noter dans les appréciations mêmes du malade à ce sujet des faits qui montrent bien la désagrégation de la personnalité et le fonctionnement tout automatique et par cela même facile des éléments de la personnalité ancienne à côté du caractère defectueux, pénible de l'exercice volontaire des facultés quand intervient la personnalité même du sujet. Une malade de ce genre constatait elle-même devant nous ce fait qui l'étonnait beaucoup, lorsqu'elle transcrivait ses dialogues. « Quand j'écris pour moi-même, je suis obligée de chercher; c'est comme quand je parle, il faut presque m'arracher les paroles de la bouche. Quand j'écris pour l'Esprit, j'écris très facilement sans rien chercher et ma tête n'y est pour rien; je copie seulement ce que dit la voix intérieure. D'ailleurs, si je n'écris pas, je ne peux rien me rappeler du tout de ce qu'il a dit, ou bien cela me revient tout seul une autre fois. » C'est sans doute pour ces différentes raisons que la graphomanie est si fréquente chez ce genre de malades,

Il peut se faire que la possession se traduise isolément, tantôt sous la forme démonomaniaque, tantôt

sous la forme théomaniaque; d'autres fois les deux idées différentes se succèdent, mais elles peuvent même coexister. Jusque-là l'antagonisme dans les idées, dû au dédoublement de la personnalité, consistait seulement dans l'opposition, le contraste d'idées ou d'actes déli-rants de même caractère avec les idées saines du ma-lade; maintenant les deux ordres d'idées antagonistes appartiennent tous deux au délire des malades. Ainsi, l'un de nos malades était possédé par des esprits de défense, s'opposant à des esprits d'attaque et représen-tant la lutte de saint Michel et de Diabolus.

Il n'est pas extraordinaire, d'ailleurs, d'observer alors un fait analogue à celui que nous signalions à propos des idées de négation. La nouvelle personnalité devenant de plus en plus envahissante, il se fait une véritable transformation par laquelle le malade arrive à s'identifier complètement avec l'esprit supérieur qui le possède et se considère lui-même comme un être supérieur et exceptionnel.

Enfin, l'on peut aussi rencontrer chez ces malades des idées de persécution sous la forme ordinaire. Tantôt, ce sont les premières en date, et les idées différentes que nous avons examinées ne sont, pour ainsi dire, qu'un aboutissant, le moyen ou les conséquences de cette per-sécution. D'autres fois, au contraire, elles sont consécu-tives, notamment lorsque la possession revêt la forme théomaniaque; les faveurs surnaturelles dont jouit le malade lui attirant la jalousie, l'inimitié des personnes qui l'entourent.

Mais, quelque variées que soient les idées délirantes exprimées par les malades, elles ont toutes des carac-tères généraux communs, et ces caractères sont ceux que nous avons attribués au délire de la folie systéma-tique, et sur lesquels j'aurai à revenir tout à l'heure, à propos du diagnostic. Je me contenterai de vous dire

en ce moment que si le complexe délirant, envisagé dans son ensemble, est toujours primitif, en ce sens qu'il n'est pas précédé de troubles émotionnels de caractère psychoneurotique, les idées plus spéciales que nous avons envisagées affectent vis-à-vis des hallucinations un rapport inverse de ce que nous avons vu chez les persécutés systématiques ordinaires avec hallucinations sensorielles. Nous avons vu que, chez ces derniers, l'hallucination sensorielle n'est que l'expression dernière, la plus caractérisée, des tendances délirantes; maintenant, au contraire, nos nouvelles idées délirantes ne sont plus que l'interprétation des phénomènes divers qui ont amené le dédoublement de la personnalité.

Les réactions qui se manifestent sous l'influence de ce délire sont le plus ordinairement celles des persécutés systématiques. Suivant le cas, le malade fuit, se défend, réclame, etc.; mais il est à remarquer que les actes du malade ne sont pas toujours ici, comme chez bien des persécutés, mûrement délibérés, et se produisent au contraire souvent sous le coup d'une impulsion subite; et d'autre part, que le malade, n'étant pas entièrement adapté à son délire, lutte souvent contre lui, et peut résister, même quelque temps, aux actes impulsifs qu'il se sent poussé à exécuter.

Quant aux réactions qui sont plutôt en rapport avec les idées de possession, elles varient suivant les oscillations du complexe symptomatique. C'est ainsi que les phénomènes d'arrêt, les troubles abouliques, s'accompagnent souvent d'un état de dépression plus ou moins accentué. D'un autre côté, les phénomènes automatiques se traduisent souvent, comme nous l'avons vu, par des impulsions de toute nature, souvent inoffensives, parfois violentes, des mouvements sans but, spasmodiques, presque convulsifs, ou déterminent même un état général d'agitation motrice. Il n'est pas rare, non plus,

lorsque le malade cherche à lutter, d'observer des phénomènes d'anxiété ; mais cette anxiété est alors purement réactionnelle. Le ton émotionnel, en effet, est le plus souvent indifférent et les troubles émotionnels, lorsqu'il en existe, ne sont pas le point de départ, mais la conséquence des autres symptômes délirants.

Enfin, en regard des troubles psychiques, il est bon de signaler encore certains faits que l'on peut observer au point de vue somatique. C'est ainsi que l'on peut parfois noter, au cours de l'affection, différents symptômes d'un état neurasthénique plus ou moins accentué. De plus, certains de ces malades présentent des signes physiques d'involution sénile ; chez d'autres, on constate quelques-uns de ces vices de conformation physique que l'on appelle communément des stigmates de dégénérescence, en même temps d'ailleurs que les antécédents héréditaires et personnels révèlent la trace d'une tare psychopathique plus ou moins accentuée.

Comment, dans ces cas, doit-on faire le diagnostic ?

Un premier diagnostic est celui d'hystérie. Vous savez que les accidents délirants des hystériques peuvent se présenter sous la forme d'attaques transitoires, de délires prolongés dans l'intervalle des attaques, ou enfin d'un état psychopathique durable. Dans les deux premiers cas le diagnostic est en général possible à cause de l'existence d'autres manifestations hystériques concomitantes. Dans le troisième cas, le diagnostic est beaucoup plus difficile ; et lors même que le malade aurait antérieurement des stigmates hystériques, cela ne suffirait pas pour attribuer à l'hystérie les manifestations délirantes. Il faut pour cela, ainsi que l'indique M. Janet, deux caractères : reconnaître que le délire est la conséquence directe d'un phénomène nettement hystérique ; constater dans le délire même le caractère fondamental de l'état hystérique, le dédoublement de

l'esprit, l'alternance des états de conscience, la formation de phénomènes réellement subconscients. Or cette constatation, toujours difficile, l'est encore plus qu'autre part dans la forme particulière qui nous occupe, où il y a également dédoublement de la personnalité. Mais il est à remarquer, ainsi que semblent le prouver les recherches de M. P. Janet, que le dédoublement de la personnalité de l'hystérique est permanent et complet, les deux personnalités sont absolument indépendantes; tandis que chez nos malades la désagrégation va bien jusqu'à la formation de personnalités différentes, mais elles ne sont jamais indépendantes. Ainsi que le fait remarquer le même auteur, le malade sent le développement d'une autre personnalité en lui-même, il parle sans cesse de possession, tandis que l'hystérique la plus dédoublée, la plus possédée en réalité, ignore le plus souvent cette division de son esprit.

Un autre diagnostic à faire sera celui de la mélancolie délirante avec idées de possession. Ici, c'est l'évolution de la maladie, l'absence des phénomènes émotionnels fondamentaux de la mélancolie, les caractères généraux du délire, qui serviront de base au diagnostic différentiel.

La présence chez certains de nos possédés actuels d'idées de négation systématisées est une nouvelle preuve de ce que je vous disais dans une précédente leçon, que ces idées délirantes spéciales peuvent se présenter, même systématisées, en dehors de la mélancolie. Aussi nous faut-il faire le diagnostic avec le délire des négations mélancolique, qui s'accompagne souvent de symptômes de possession, atténués ou même souvent très accentués. Or le délire des négations des possédés systématiques diffère complètement du syndrome de Cotard. Bien que l'on puisse retrouver quelques-uns des éléments de ce syndrome, les rapports qu'ils affectent entre eux sont tout différents à cause de l'évolution

même de la maladie et du fonds morbide sur lequel ils reposent. Pour la même raison, ainsi que je le faisais remarquer au Congrès de Blois, les caractères cliniques mêmes du délire sont ici tout différents de ceux que l'on peut attribuer au délire de la négation chez les mélancoliques.

Le délire ici n'est plus secondaire à des troubles émotionnels comme chez le mélancolique, mais n'est que l'interprétation de désordres hallucinatoires spéciaux.

L'absence de ces mêmes troubles émotionnels lui enlève également tout caractère de peine, de douleur morale. Au lieu d'être monotone ou pauvrement systématisé, le délire se systématise progressivement; chaque jour apporte un nouvel argument à l'appui des conceptions pathologiques. Ici non plus, pas d'humilité; le malade se plaint des tourments qu'il subit, de la désorganisation de son corps, de ses facultés, mais ne se trouve pas pour cela déchu et inférieur aux autres. Qu'on l'exorcise et il redeviendra comme tout le monde. De même, il n'y a plus de passivité ni de résignation, et les différentes réactions que nous avons énumérées tout à l'heure montrent au contraire à la place la lutte et la résistance. De divergent ou centrifuge, le délire devient ici convergent ou centripète. Ce n'est plus aux autres que le malade craint de nuire, il ne s'accuse pas lui-même, comme les négateurs de Cotard; au contraire, il accuse d'autres personnes d'être acharnées contre lui, de lui faire subir mille tourments, d'avoir désorganisé son corps, ses facultés, de lui avoir tout enlevé. De même, plus de craintes pour l'avenir, plus de délire d'attente; les plaintes ne portent que sur des faits passés ou des tourments actuels.

Ces différents caractères du délire de ces malades, diamétralement opposés à ceux des délires mélancoliques,

se rapprochent donc au contraire de ceux du délire de persécution de la folie systématique.

Enfin, la notation de l'ensemble symptomatique que nous avons examiné servira à donner à ces cas particuliers la place qui leur convient dans le cadre de la folie systématique, dont ils ne constituent incontestablement qu'une variété.

Mais si, parmi les persécutés, il en est dont la maladie ne représente qu'un vice de développement intellectuel, qu'une évolution anormale de la personnalité toujours dans le même sens ; et d'autre part, s'il en est d'autres chez lesquels la maladie se traduit par un dédoublement assez rapide, parfois d'emblée et toujours très accentué de la personnalité, il convient de remarquer qu'il existe des cas intermédiaires.

En partant, par exemple, du type commun du délire des persécutés systématiques, hallucinés sensoriels, et laissant de côté les persécutés raisonnants qui n'ont jamais de dédoublement, nous voyons que chez ces malades les états de conscience étrangers qui se produisent au cours de l'affection, ne s'organisent pas en une personnalité nouvelle, mais ne représentent que de simples phénomènes d'aliénation, d'incoordination partielle, des modifications transitoires de la personnalité.

D'autres malades du même genre, ayant évolué d'abord comme les précédents, arrivent au bout d'un temps plus ou moins long à présenter un véritable dédoublement de la personnalité.

Cette dissociation de la personnalité se trouve en rapport avec un certain nombre de symptômes, qui prennent alors un plus grand développement et peuvent diriger même la scène délirante. Ce sont d'une façon générale les troubles psycho-moteurs : hallucinations motrices, impulsions, aboulie, phénomènes d'arrêt.

Les idées de persécution se modifient d'une façon

connexe, et c'est plutôt par des idées de possession que le malade interprète les troubles psychopathiques qu'il accuse.

La maladie se divise alors, au point de vue particulier qui nous occupe, comme en deux périodes, l'une où le malade présente la symptomatologie du persécuté ordinaire, l'autre où apparaissent les nouveaux symptômes déterminant le dédoublement de la personnalité, et c'est alors que de persécuté il est devenu possédé.

Les rapports réciproques de ces deux périodes peuvent être d'ailleurs de sens inverse. Tantôt la seconde, celle qui nous occupe particulièrement, n'apparaît que très tard et ses symptômes constitutifs restent peu accentués.

Inversement, il est d'autres cas où son apparition est plus précoce et où les mêmes symptômes prennent un très grand développement, occupent même la première place dans le tableau clinique au détriment de ceux qui ont marqué la première période et qui s'effacent de plus en plus. Il est à remarquer alors qu'au milieu du complexe symptomatique de la première période, apparaissent déjà quelques-uns de ces symptômes qui devaient plus tard caractériser la seconde.

Enfin il est des cas où cette première période, déjà réduite, s'efface presque totalement ; et d'emblée l'affection se présente sous l'aspect du complexe symptomatique que nous avons examiné.

Ce sont surtout les faits qui se rattachent à ces deux dernières catégories que j'ai eus en vue au cours de cette conférence. Ce sont ceux-là qui, par leur physionomie clinique, correspondent surtout à l'ancienne possession démoniaque considérée autrefois avec toute la démonomanie comme une variété de la lypémanie religieuse. Nous avons vu comment, au contraire, ils se distinguaient de la mélancolie. Dans un premier travail, il y a quelques

années, je faisais déjà remarquer que cette classe de mélancoliques caractérisés par des phénomènes particuliers, les phénomènes de possession, formait un groupe spécial, comme de transition entre les persécutés proprement dits et les véritables mélancoliques. Il importe encore d'être plus précis et, à côté des mélancoliques possédés, de distinguer les possédés systématiques qui ne sont que des persécutés ou mieux des délirants systématiques d'une espèce spéciale. C'est pour cette raison que, plus récemment, me fondant surtout sur la prédominance dans ces cas des troubles psychomoteurs, j'avais proposé, par opposition aux persécutés hallucinés sensoriels et aux persécutés raisonnants, de les ranger sous le nom de variété psycho-motrice du délire des persécutations.

Médecine légale

UN CAS D'ÉPILEPSIE ALLÉGUÉE ET SIMULÉE

Par le Dr Samuel GARNIER

Médecin en chef, directeur de l'asile d'aliénés de Dijon.

Les causes criminelles de province où la science aliéniste est sollicitée de donner son avis ne se comptent plus, et si, autrefois, la présence d'un médecin expert à la barre d'une cour d'assises, dans le cas où une ordonnance de non-lieu n'avait pas déjà été rendue, était une véritable exception, on peut dire qu'aujourd'hui elle est entrée tout à fait dans les mœurs judiciaires; et en effet, avocats ou délinquants, instruits de ce fait que beaucoup de maladies mentales ou nerveuses peuvent ne pas se traduire, au dehors, par des raisonnements étranges et présenter des périodes d'accalmie, ne manquent plus d'invoquer, les uns et les autres, l'excuse d'une maladie susceptible, ou de jeter un doute dans l'esprit des jurés, ou de leur faciliter la revendication du bénéfice de l'article 64 du Code pénal.

Tantôt c'est l'hypnotisme qui est mis en cause, comme j'en ai vu un exemple; tantôt c'est une inversion génitale qui donne la raison d'attentats à la pudeur incriminés, comme j'en ai observé un cas également; ici c'est l'hystérie qu'on allègue comme moyen de défense; là c'est l'alcoolisme. L'épilepsie, surtout quand elle

n'est pas de notoriété publique on facile à établir par preuves testimoniales et médicales antérieures à un crime, paraissait ne pas devoir, jusqu'à présent, figurer dans la nomenclature des maladies auxquelles on pouvait recourir, à l'occasion, comme excuse légale devant la justice. Or, voici qu'il n'en est rien, en raison sans doute de ce que la notion scientifique de la substitution possible, à une crise convulsive, d'une crise de l'intellect pouvant amener une impulsion irrésistible criminelle, a fini par se faire jour, même dans le public extra-médical.

J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer un cas où l'épilepsie fut d'abord alléguée et ensuite simulée par le prévenu dans le cours de sa détention, pour s'excuser d'un meurtre précédé d'une tentative de viol. — Un premier expert avait écarté l'épilepsie par laquelle on prétendait expliquer certains accidents nerveux relatés dans les antécédents de l'inculpé, et atténuer, de ce chef, sa responsabilité. Ce fut après le dépôt du rapport du premier expert que se produisit la crise simulée, et le défenseur demanda alors, en s'appuyant sur cette nouvelle crise prétendue, que trois experts désignés par lui fussent commis pour procéder à un nouvel examen mental, ce qui fut accordé !

Le rapport des nouveaux experts admit l'épilepsie comme démontrée, puis conclut, comme conséquence de cette épilepsie, à une impulsion possible qui aurait rendu l'inculpé meurtrier inconscient, et revendiqua pour lui sinon l'irresponsabilité, puisque cette impulsion n'était qu'hypothétique, du moins une large atténuation de responsabilité pénale, du fait seul de l'épilepsie. Je n'ai pas besoin de dire que cette dernière opinion était passablement risquée, car la diminution de la responsabilité ne résulte pas nécessairement du fait que l'acte criminel a été commis par un épileptique, et on com-

prend sans peine qu'un rapport présentant des conclusions si opposées à celles du premier, ne pouvait satisfaire l'esprit de personne. Un troisième examen devenait inévitable ; il me fut confié. Ma nouvelle expertise me permit de reconnaître la simulation, par l'accusé, de la crise postérieure au crime qu'il avait commis, et l'absence de relation de causalité entre une épilepsie antérieure presque douteuse et les faits criminels dont il s'agissait.

J'ai pensé que, dans ces conditions spéciales où je me suis trouvé pour mon expertise, le rapport médico-légal qui en fut la conclusion ne serait pas dépourvu d'intérêt et j'ai jugé utile de faire connaître un cas qui ne doit pas être fréquent, en le publiant. Voici ce document in extenso :

Je soussigné, etc., commis par ordonnance de M. le conseiller Ferry d'Esclands, président des assises de la Haute-Marne, en date du 11 décembre 1892, à l'effet de « visiter le nommé M... G..., accusé de tentative de viol et de meurtre, et de donner mon avis sur son état mental » ; après avoir prêté le serment exigé par la loi, pris connaissance de la procédure instruite et des rapports médico-légaux dont il a été l'objet, examiné, interrogé et observé cet inculpé dans mon service où il a été conduit le 27 décembre dernier, ai rédigé le présent rapport contenant les résultats qui me paraissent acquis à son égard.

I. — Dans la matinée du dimanche 3 juillet 1892, à B...-les-C... (H...-M...), la dame M... ayant envoyé, un peu avant l'office religieux, la fille A... R..., domestique à son service, faire toilette comme d'habitude dans une maisonnette inhabitée et voisine de son logis ordinaire, vint, au moment de partir pour l'église, appeler cette servante pour l'accompagner. Elle fut étonnée de ne pas recevoir de réponse ; mais comme elle n'apercevait plus la clef sur la porte d'entrée de l'habitation, elle crut aussitôt qu'A... R... avait pu, ses préparatifs terminés, se mettre en route sans l'attendre. Elle se disposait

donc à partir seule pour l'église, quand, tout à coup, elle entendit la porte d'une chambre à four attenante se fermer brusquement, et vit un individu qu'elle reconnut pour être l'inculpé M... Elle se mit aussitôt à crier : « Voilà le brigand qui vient encore de voler des effets ». Car, sachant que M... poursuivant depuis longtemps sa servante de ses assiduités, lui avait dérobé nuitamment des vêtements, elle ne pouvait, pour s'expliquer la présence de l'inculpé en cet endroit, que s'arrêter à l'hypothèse d'un vol nouveau de sa part.

Anx cris poussés par sa femme, le sieur M... se mit à la poursuite de M... qui avait pris la fuite et franchi un mur de clôture pour disparaître dans la campagne. Dès qu'il eut pénétré dans le jardin attenant à la maison, il aperçut, à l'entrée des lieux d'aisances, A... R... couchée inanimée. A l'aide des voisins accourus à son appel, M... la transporta à sa demeure ; mais tout soin fut inutile, on était en présence d'un cadavre. Le corps de la victime portait des traces de contusion sur le nez, et son cou, entouré d'un mouchoir serré à triple nœud, présentait de larges ecchymoses. L'autopsie fit découvrir notamment « les deux oreilles ecchymosées, la droite écorchée au lobule où manquait une boucle d'oreille ; trois écorchures à la face antérieure du cou, à droite du larynx ; une autre plus superficielle à gauche ; une vaste ecchymose en éventail partant de l'extrémité du sternum pour rejoindre les côtés du cou ; deux écorchures au coude droit, trois au coude gauche ; une écorchure au grand trochanter gauche, etc. », et le médecin légiste concluait à la mort par strangulation produite par les mains et accessoirement par la constriction du mouchoir. D'autre part, l'examen des parties sexuelles ne révélait « aucune trace de violence, ni récente, ni ancienne ».

Après sa fuite, G... M... passa toute la journée du 3 dans les bois et la campagne, et put échapper à toute recherche, même dans la journée du 4. Dans la soirée, il se glissa dans l'habitation de ses parents et ceux-ci, prévenus par une voisine, le découvrirent dans sa chambre. Au lieu de le remettre aussitôt entre les mains de l'autorité, le père préféra le conduire dans la nuit à Th... où il se constitua prisonnier le 5 au matin.

Si la participation unique de M... au drame lugubre

du 3 juillet résultait surabondamment du fait que seul il avait été vu s'enfuyant de la maison près de laquelle A... R... avait été trouvée étranglée et qu'on pouvait rigoureusement reconstituer, en dehors de lui, par les constatations judiciaires, la majeure partie des incidents et des péripéties de la scène meurtrière dont il avait été le héros, il ne se dégageait pas d'une façon aussi nette que l'inculpé, en donnant la mort à une jeune fille pour laquelle il nourrissait, depuis deux ans, la plus vive passion, ait été réellement en pleine possession de lui-même, surtout après les déclarations faites à son sujet par ses parents, le lendemain du meurtre.

En effet, A... M..., femme M..., déclarait alors : « Le caractère de mon fils G... était singulier, et depuis plus d'un an, extraordinaire. Je vous ferai remarquer que, dès son enfance, il lui arrivait tout à coup de tomber en faiblesse et tout pâle par terre, et de se relever peu après. Cela lui est arrivé à l'église, ici et à M... Je ne puis dire combien cela s'est produit de fois dans une année. La cicatrice qu'il porte au visage provient d'une chute qu'il a faite étant tout petit enfant. Hier matin, quand il est parti d'ici, vers sept heures et demie, G... était fort gai. » De son côté, M... père, après avoir dit, le 4 juillet, au brigadier de gendarmerie, qui en a déposé, que son fils depuis huit jours n'était pas à son ordinaire, déposait de son côté, le même jour, sur interpellation, dans les termes suivants : « G... était d'un caractère un peu inégal dont je réprimais les écarts avec sévérité. Vous pourriez demander à l'instituteur, qui vous confirmera qu'il était sujet à des syncopes avec pertes de connaissance et précédées d'une contracture rapide de la bouche ; il tombait par terre et se relevait bien vite. Une fois, il est tombé du lit. Il est d'une grande force physique. Depuis huit jours, il me paraissait plus extraordinaire, quittant et reprenant sans raison son travail. Je ne puis dire *s'il est épileptique*, n'ayant jamais consulté de médecin pour lui. »

Ainsi donc, avant toute information plus complète, avant tout interrogatoire même de l'inculpé, la question d'épilepsie chez lui se posait déjà, sur la déposition, tout intéressée qu'elle pût paraître, des parents, comme un problème urgent à résoudre. Toutefois, les investigations

médicales se trouvaient d'ores et déjà limitées à cette seule hypothèse d'épilepsie, et il s'agissait, celle-ci réellement mise en lumière, de rechercher si le crime imputé à M... pouvait être mis à l'actif d'une névrose qui eût entravé son libre arbitre.

Un premier rapport médico-légal a formellement écarté, à son sujet, le diagnostic de l'épilepsie alléguée, et, se basant en outre sur l'absence d'incoscience dans l'acte reproché à l'inculpé, n'a admis, entre l'épilepsie et lui, aucun rapport de cause à effet. Depuis le dépôt de ce rapport, M... a présenté à la prison de Ch... un accident paraissant relever de l'épilepsie, et une deuxième expertise médicale en date du 6 décembre dernier a conclu formellement qu'il était épileptique depuis l'enfance. Ce rapport a déclaré, en outre, que l'inculpé avait, « suivant les plus grandes probabilités », accompli son crime sous l'influence « d'un délire impulsif épileptique, hypothèse qui, étant admise, doit le rendre irresponsable » ; que « l'influence réelle de l'épilepsie sur son crime, étant impossible à déterminer », dans le cas où l'hypothèse d'un délire impulsif serait rejetée, « l'épilepsie seule devrait faire bénéficier M... des circonstances atténuantes ».

En présence des conclusions, en partie hypothétiques et tout au moins dubitatives du second rapport, et de ses contradictions avec le premier, une troisième expertise devenait nécessaire. C'est dans ces conditions un peu spéciales que se présente aujourd'hui l'examen mental de l'inculpé, chez lequel nous avons à vérifier, à notre tour, si une maladie qu'il laisse en fait supposer être de l'épilepsie, est bien réellement de nature comitiale, et à dégager, l'épilepsie une fois reconnue, la part d'influence qui peut lui revenir dans l'acte tragique du 3 juillet dernier.

II. — Comme introduction à l'examen direct de M..., indiquons, en premier lieu, les résultats obtenus par les enquêtes faites sur ses antécédents héréditaires. Du côté paternel, on ne trouve aucune tare nerveuse ; une tare vésanique est douteuse, car s'il y a une grand'tante de l'inculpé qui s'est noyée vers l'âge de soixante ans, on sait qu'elle a joui, jusqu'au décès de son mari, de toutes ses facultés mentales. Or, c'est seulement à la mort de

celui-ci, qu'au chagrin de cette perte étant venus se joindre des embarras financiers jusque-là dissimulés, cette grand'tante se jeta dans la rivière. Était-ce le désespoir qui la poussait alors ? Était-ce l'aliénation mentale ? M... père maintient seul cette dernière hypothèse.

Du côté maternel, il n'y a aucun doute sur l'absence de tare quelconque. Si un frère de la mère de l'inculpé s'adonnait à la boisson et a fini par mourir des suites de ses excès, tout le monde s'accorde à dire qu'il était très intelligent et nullement aliéné. « Quand il était ivre, il devenait bizarre, emporté, même méchant ; mais dégrisé, on le revoyait convenable et intelligent comme auparavant » (Dépos. V..., 15 janvier 1893). Des deux seuls faits articulés en faveur d'une prédisposition héréditaire, le dernier était négatif et le premier douteux ; on peut conclure que M... n'était pas en puissance d'hérédité directe, qu'une hérédité collatérale pouvait tout au plus l'atteindre. Ajoutons qu'aucun cas d'épilepsie n'a été découvert, soit chez les ascendants, soit chez les collatéraux de ceux-ci. La prédisposition à une névrose était donc nulle dans son cas et, dans l'hypothèse la plus favorable à l'inculpé, des plus faibles, à une vésanie.

Du mariage des époux M... sont nés six enfants, deux garçons et quatre filles. Deux de ces dernières seulement sont mariées, et ont eu des enfants bien portants, mais parmi lesquels l'un s'est noyé accidentellement, et l'autre est mort d'une affection indéterminée. Des quatre enfants célibataires, il y a une fille de vingt-deux ans, un garçon de vingt-cinq ans, l'inculpé et sa sœur cadette âgée d'environ dix-sept ans.

Au sujet de cette dernière, les époux M... soutiennent aujourd'hui qu'elle est épileptique, car, disent-ils, elle a des crises ou faiblesses « semblables à celles de son frère », cherchant à établir indirectement, par cette similitude de crises, l'épilepsie réelle de leur fils. Mais, outre que celle-ci est encore hypothétique, la démonstration de la nature comitiale des crises de leur fille reste à faire. En effet, le médecin qui a été interrogé sur les accidents nerveux de la jeune sœur de l'inculpé, n'a rien voulu répondre à cet égard, quoiqu'il ait été positivement désigné par les époux M... comme étant à même d'indiquer

leur nature. En outre, si l'on se reporte aux descriptions de ces accidents, on voit qu'ils ont débuté vers la douzième année, chez une enfant ayant eu des convulsions infantiles (fait qui ne peut être en rien démonstratif de la prédisposition héréditaire de l'inculpé); qu'ils se produisent le plus généralement à l'occasion de troubles émotifs (extraction d'un dent, vue du sang d'autrui, commotions morales subites, etc.), ce qui n'est guère caractéristique de la névrose épileptique. On est enfin en droit de se demander si la demoiselle M... étant épileptique ainsi que son frère, ce qui indiquerait une hérédité très chargée, comment il se fait qu'on ne trouve d'épileptiques, ni chez les ascendants, ni chez les collatéraux. Le diagnostic d'épilepsie, chez la sœur de l'inculpé, est donc plus que contestable, et peut d'autant moins, dans tous les cas, reposer sur l'affirmation unique des parents que les symptômes relatés par eux diffèrent totalement de ceux de la névrose, et ne s'accompagnent aucunement de la perte de connaissance fondamentale à constater, qu'il s'agisse d'absence, de vertige, ou d'attaque convulsive plus ou moins complète.

Après les antécédents héréditaires, voyons ceux qui sont personnels à l'individu. M... a eu une rougeole dans le jeune âge, une fièvre muqueuse à treize ans, qualifiée d'adynamique par le médecin traitant, et une pleurésie à Saint-R... Ces affections ne laissèrent pas de traces appréciables, et l'inculpé jouissait habituellement d'une bonne santé, en dehors des faiblesses sur lesquelles nous nous expliquerons en détail plus loin.

Au point de vue physique, M... est d'une taille élevée (1^m,80) et très solidement musclé. Il n'est porteur d'aucune malformation de l'*habitus corporis*; les organes génitaux sont normaux. La conformation crânienne n'est pas défectueuse; il est dolichocéphale simple, le tracé au conformateur étant en forme de poire, et l'écart entre les deux diamètres antéro-postérieur et bilatéral de 3 centimètres, soit 0^m,195 pour le premier et 0^m,165 pour le second. Aucune trace de traumatisme n'est visible sur le cuir chevelu. Quant à la face, voici ce qu'elle présente d'abord dans son ensemble: une asymétrie très légère (côté gauche plus petit), asymétrie cependant visible sur le tracé du conformateur, et une exagération

du prognathisme normal, la mâchoire inférieure étant sur un plan antérieur à celui de la mâchoire supérieure ; un écrasement de la racine du nez. En ce qui concerne cette dernière malformation, il nous a été impossible de savoir si elle était congénitale, ou si la fracture des os propres du nez a été la conséquence de la chute signalée, dans l'enfance de son fils, par la dame M... La voûte du palais est en outre ogivale, mais l'implantation des dents n'est pas vicieuse ; la langue ne présente aucune trace de morsures épileptiques.

La peau du visage (le front notamment et la joue gauche) de M... offre, disséminées, de nombreuses taches pigmentées, paraissant le résultat d'éruptions plus ou moins anciennes, et qui, excoりées par des grattages, ont laissé, après guérison, une trace visible par sa coloration plus foncée. Au menton, on remarque une cicatrice linéaire très nette en forme de croissant, sur le milieu convexe duquel aboutit une autre cicatrice linéaire de même caractère. Cette cicatrice double pourrait très bien se rapporter à la chute dont nous avons parlé plus haut, chute accidentelle qui, dans les conditions où elle s'est produite, a certainement fait une blessure de dehors en dedans, avec section nette de la peau, et non une section à la jointure de dedans en dehors, sans que la peau soit intéressée, comme l'a déclaré la mère de l'inculpé.

Du côté droit du visage, on découvre, près de la racine des cheveux, sur le front, une dépression cicatricielle sans caractère très net. Une autre dépression à peu près semblable, quoique plus foncée en couleur, existe du côté gauche, au niveau de l'os de la pommette, et plus bas, en avant, se trouve encore une dépression plus petite. Toutes ces dépressions sont d'une coloration plus foncée que celle de la peau. Enfin, du même côté de la joue gauche, on aperçoit plusieurs lignes cicatricielles blanchâtres, ayant l'aspect d'égratignures guéries, qui auraient été produites par des coups d'ongle. Aucune de ces cicatrices, à l'exception de celle du menton, ne peut, en égard à sa situation, être attribuée d'une façon indiscutable à une chute épileptique.

Au point de vue intellectuel, M... ne saurait être considéré comme un débile ou un insuffisant. Bien qu'il

n'ait pas fait d'études classiques, il a reçu une instruction élémentaire dépassant la moyenne habituelle. Destiné à faire de l'agriculture, il est entré, après examen, à l'école de Saint-R. (H...-S...) et a obtenu, après trois ans d'études, son diplôme de sortie. Du reste, camarades et maîtres s'accordent à dire « qu'il ne manquait pas de facultés, que tout en travaillant peu, il est arrivé à faire des études passables ; qu'il était paresseux et ne donnait pas, par son travail, tout ce qu'il aurait pu donner ». Au sujet du caractère de M..., les dépositions ne sont pas concordantes, ainsi qu'on va le voir. M... E... a déposé que « son caractère était bizarre, mais qu'il n'a remarqué aucune apparence d'un caractère violent chez lui ». G... A... a dit : « que son caractère était presque toujours égal, il était même farceur ; qu'il admettait facilement les plaisanteries de ses condisciples ; néanmoins, quelquefois les choses allaient un peu plus loin, et alors on pouvait constater chez lui un changement subit ; ses yeux changeaient immédiatement d'impression, et on voyait une colère un peu sourde qui faisait place à sa douceur accoutumée. » G... A... a raconté également : « qu'il se fâchait très difficilement ; je dois dire cependant que, lorsqu'il lui arrivait de se mettre en colère, il devenait brutal. » Un autre, le nommé M... E..., a donné une opinion toute opposée sur M..., en disant : « Je ne lui ai jamais vu un mauvais caractère ; nullement violent, si on lui avait dit une parole plus haute que l'autre, il se serait éloigné plutôt que d'y répondre. » Et cette disposition se trouve confirmée par celle d'E... M... qui a dit aussi avoir toujours trouvé l'inculpé « d'une grande douceur ; il s'empôrtait si peu qu'on aurait pu lui dire tout ce qu'on aurait voulu, il aurait plutôt baissé les yeux ». Trois autres témoins T... A..., M... père et M... fils, ont déclaré qu'il était d'un caractère en dessous, on d'un caractère sournois.

En dehors de l'opinion des parents, une seule déposition, visant l'ensemble des facultés et du caractère de M..., a laissé planer un doute sur l'intégrité de son fonds mental, c'est celle du maire. La voici textuellement reproduite : « Depuis les remontrances que je lui avais adressées au moment de l'enlèvement des effets d'A... R..., qu'il avait détériorés, je remarquais une

bizarrierie attestant un esprit peu équilibré, dénué de sens moral, car, après avoir qualifié sévèrement sa conduite, il revenait à moi comme si de rien n'était. »

III. — Le séjour de M... à l'asile pendant l'observation médicale a été absolument négatif au point de vue de l'épilepsie ; aucune crise, aucune faiblesse n'a été constatée, il n'a jamais uriné au lit, ainsi qu'il résulte à la fois et des constatations faites et de ses déclarations propres. Il s'est montré d'un caractère très égal, serviable, empressé à exécuter tout ce qu'on lui commandait. Dans ces conditions, c'est dans mes interrogations directes, ainsi que dans l'étude du dossier de l'inculpé, que je devais puiser les éléments décisifs de mon jugement sur son compte. Mais en conversant avec M..., dont je n'ai jamais surpris la moindre défaillance intellectuelle, je crois m'être aperçu qu'il tirait profit de toute question ayant trait aux crises d'épilepsie, en évitant avec soin de préciser quand il s'aventurait sur un terrain inconnu ; aussi, redoutant de lui suggérer des réponses, j'ai pris le parti d'être réservé avec lui, en me bornant à lui demander des narrations interrompues. Je ne pouvais qu'être persuadé qu'il avait pu, dans le cours de sa détention, retenir certains symptômes isolés de l'épilepsie, et s'en servir dans les descriptions actuelles de ses faiblesses, après l'avoir vu dire, d'abord, au premier expert qu'il ne perdait pas connaissance dans ses crises, et revenir sur cette déclaration lorsqu'il eut entendu le médecin lui-même énoncer que c'était très important. Et en fait, il m'a déclaré que toutes ses crises débutaient par une sueur froide, que s'il avait le temps de s'asseoir, il ne perdait pas connaissance, et que la perte de connaissance était invariable quand il n'avait pas le temps de le faire (voir deuxième rapport médico-légal). Je pensais également lui faire raconter les circonstances de son crime, bien que ses aveux à M. le juge d'instruction aient été assez explicites, et qu'il ait, avant tout interrogatoire, avoué à son beau-frère B... qu'il avait étranglé A... R... Mais j'ai dû y renoncer, son système de défense actuel consistant à me répéter que ses déclarations au juge d'instruction n'ont pas donné les faits qui s'étaient passés comme certains, mais seulement comme probables, et qu'il ne peut les affirmer comme

son œuvre personnelle. Il devenait, en effet, évident pour moi, que M..., ayant compris ou pressenti, postérieurement à ses aveux, que la perte de connaissance faisait partie intégrante d'un accès d'épilepsie, il devait alléguer cette perte de connaissance, à la fois pour se dispenser d'être complet dans le récit que j'attendais de sa bouche, et pour fournir une preuve d'une attaque le jour de son crime. Pour être certain de ne pas être induit en erreur, je dus me retourner alors du côté du dossier, et ayant fait vérifier au fur et à mesure de mes besoins les points qui me paraissaient obscurs, je crois avoir atteint, en dehors de l'inculpé, le but que je poursuivais. Il m'importe peu d'ailleurs que M... excipe aujourd'hui d'une perte de connaissance qu'il ne songeait pas à invoquer auprès de son beau-frère le lendemain du crime; son allégation est trop tardive pour être vraie.

Les déclarations de l'inculpé, consignées dans divers interrogatoires contenus au dossier, donnent, en même temps qu'une relation des plus complètes du crime de B..., une première preuve de la conscience de M... pendant son exécution. Je ne parlerai pas de son interrogatoire du 5 juillet, où il a accumulé les mensonges les moins contestables, et où il arguait d'une perte de connaissance déjà bien invraisemblable parce qu'elle était bornée au seul fait du mouchoir dont il disait ne pas se rappeler s'être servi pour serrer le cou de sa victime, et j'arrive à ses déclarations du 8 juillet dont voici la teneur essentielle: « A... était à sa toilette, elle se peignait, je me suis approché d'elle, je l'ai saisie pour la pousser sur le lit qui était défait. C'est peut-être à ce moment qu'elle a abandonné son peigne. Elle s'est débattue, m'a repoussé depuis l'endroit où elle était jusque vers la porte de la chambre dont j'ai défendu la sortie. J'ai fini par la contenir et l'entraîner jusqu'entre le fourneau et le lit, et j'ai vivement porté la main entre ses jambes aux parties sexuelles, en même temps que j'essayais de la maintenir et de l'asseoir sur le fourneau pour arriver à jouir d'elle. C'est alors qu'A... m'a envoyé un soufflet. Malgré mes étreintes prolongées auparavant, je n'étais pas arrivé à mes fins, car je voulais jouir d'elle. C'est alors que, devant sa résistance et cette gifle, je lui ai envoyé une *calotte* violente qui l'a

fait tomber, car voulant éviter ce coup, A... s'était jetée de côté, avait buté la tête contre le pied du lit, en même temps que mon coup l'atteignit sur l'oreille. Elle est tombée ; c'est alors que la voyant par terre et ne me répondant pas, j'ai pris peur et, quoiqu'elle respirât encore, et comme je vous l'ai dit, pour ne pas être dénoncé par elle, je l'ai étranglée avec mes mains serrées autour de son cou. J'ai alors porté le corps inanimé d'A... dans le jardin, en passant par la chambre à four dont j'ai tiré la porte, après avoir déposé un instant le corps dans le passage laissé en dehors dans le jardin par les fagots. C'est à ce moment-là que la femme M... a crié « *au brigand* ». J'ai repris le corps que j'ai porté sur les lieux d'aisances, espérant trouver une place pour le cacher mieux encore, et qu'effrayé, j'ai continué ma course pour prendre la fuite. » Et plus loin : « Je ne peux contester que c'est moi qui ai serré ce mouchoir autour de son cou, mais il me serait impossible de préciser à quel moment. Ce que je me rappelle le mieux, c'est que j'ai serré très fort avec les mains quand elle était à terre pour l'étrangler. Je ne me rappelle pas non plus si j'ai pressé du genou sur sa poitrine, comme vous me le demandez. »

Tout ce récit mouvementé n'est guère compatible avec une amnésie comitiale, et s'il y a des lacunes de détail, elles s'expliquent suffisamment par l'état d'esprit d'un individu devenu criminel par occasion, sans qu'il soit besoin de faire intervenir une cause pathologique qui aurait alors creusé une lacune véritable. Aussi, d'ores et déjà, à la seule lecture de la narration des faits par l'inculpé, on ne peut se défendre de cette impression que le crime de M... n'est pas un crime d'épileptique. Cette impression se fortifie de plus en plus quand on prend connaissance de ses dépositions du 12 juillet et du 2 août. A la première de ces dates, il dit : « J'ai d'abord essayé de l'étrangler avec mes mains quand elle était par terre, je n'y ai pas réussi, elle râlait encore. J'ai pris alors le mouchoir qui était dans la chambre, et je l'ai noué autour de son cou, en serrant tant que j'ai pu avec les ongles. Je n'ai employé le mouchoir qu'à ses derniers râles. Une fois cela fait, je l'ai emportée à bras le corps par la chambre à four, elle ne faisait plus aucun mou-

vement; je n'étais pas fixé en l'emportant et je l'ai abandonnée un instant pour refermer la porte. » Et plus loin : « Ce qui m'a déterminé à étrangler A..., c'est parce qu'elle ne voulait pas céder à ma passion ; elle était déjà bien étourdie quand je l'ai frappée fortement de la paume de la main, mais elle n'était pas assommée, elle n'était qu'étourdie. J'ai eu peur qu'elle me dénonçât, c'est pourquoi je l'ai étranglée de mes deux mains dont je lui ai entouré le cou (et M... porte les deux mains à son cou pour indiquer comment il a fait). Comme je vous l'ai dit, elle râlait, et j'ai pris le mouchoir pour achever de l'étrangler en le serrant avec les nœuds. »

Sa déposition du 2 août n'est pas moins importante : « Je reconnais, disait encore l'inculpé, avoir étranglé A... avec mes mains et à l'aide du mouchoir. Tout en vous disant que je ne suis pas absolument certain de m'être servi du mouchoir avant de me servir des mains, c'est certainement avec les mains que j'ai commencé, et en nonant le mouchoir sans que je me rappelle au juste comment je l'ai disposé. » L'impression se complète quand on le voit, dans le même interrogatoire du 2 août, reconnaître ses mensonges du 5 juillet, se mettre à pleurer en disant qu'il eût mieux valu pour lui se détruire « après avoir fait ce qu'il avait fait », et avouer qu'il était hors de lui quand il a étranglé sa victime.

Toutes ces déclarations successives de M... ne peuvent que corroborer et fortifier le premier sentiment né de leur lecture, à savoir qu'il s'agit d'un crime passionnel ; mais il n'importe, pour vraisemblable que soit déjà l'hypothèse d'un crime ne relevant pas d'une cause morbide, c'est encore une hypothèse dont il nous reste à démontrer la réalité, en étudiant de près l'épilepsie et ses manifestations impulsives, qui sont le pivot du système de défense de M..., et en montrant qu'elles n'ont pu intervenir pour le rendre meurtrier.

IV. — Un fait capital domine, à mon avis, toute la question d'épilepsie jetée dans le procès criminel actuel, c'est qu'aucun médecin expert ne peut témoigner *de visu* de l'existence d'une crise convulsive ou vertigineuse chez M... Un diagnostic d'épilepsie n'a donc été fait et ne peut être fait que rétrospectivement, par une sorte d'examen indirect, basé sur les dépositions de personnes

étrangères à l'art médical. Tardivement et postérieurement au dépôt du deuxième rapport médico-légal, M... père s'est souvenu que, vers l'âge de treize ans, son fils avait été vu par le D^r Desch..., de M... Ce praticien a bien déposé qu'en 1879, le jeune M... avait eu, à l'occasion d'une extraction dentaire faite dans son cabinet, « une crise épileptique complète » ; et il a ajouté « qu'il n'avait pas osé lui arracher quatre mauvaises dents dont il se plaignait, redoutant de provoquer une crise ». Mais le laconisme de sa déclaration, l'absence de toute prescription anti-épileptique, et le fait même de redouter la provocation possible d'une crise par l'extraction d'une dent, ne permettent point de fonder un diagnostic sur de telles données, quand on sait qu'au contraire, d'autres détails techniques auraient dû sortir de la bouche d'un médecin, tels que la perte de connaissance, les convulsions, puisqu'il s'agissait d'une *attaque complète*. Le fait signalé par notre confrère ne peut donc avoir la valeur d'un fait positif, eu égard aux circonstances dans lesquelles il s'est produit, car une syncope peut se manifester chez un individu, même très robuste, à la suite d'une opération insignifiante, à plus forte raison chez un enfant de treize ans.

Un autre fait mérite d'être relevé ici, parce qu'il a également trait à l'épilepsie ; je veux parler de la crise présumée de la prison en septembre dernier. Or, il est impossible de ne pas être frappé, à son sujet, des différences radicales qu'elle présente, avec les crises ou faiblesses antérieures au crime. De sorte que, pour cette raison, et aussi parce qu'elle s'est produite postérieurement à celle-ci, elle doit faire l'objet d'une analyse particulière, au lieu d'être envisagée *a priori*, comme la confirmation dans le présent, de l'épilepsie dans le passé de M... Faisons remarquer encore que loin de nous plaindre, si des questions techniques n'ont pas été posées, au sujet de l'épilepsie, aux différents témoins entendus dans les premières enquêtes, nous nous en applaudissons, car la spontanéité de leurs descriptions nous est un sûr garant de leur impartiale authenticité.

Ces réflexions préliminaires faites, occupons-nous, en premier lieu, des crises antérieures au crime. En acceptant comme sincères les indications fournies à la fois

par l'innocent et ses parents, le nombre des crises de M... serait encore bien restreint. Sa mère a dit : « Dès son enfance il lui arrivait tout à coup de tomber en faiblesse et tout pâle par terre, et de se relever peu après. » Mais elle n'a pu citer que deux faits, « dont un à l'église et l'autre à M... » et n'a signalé aucune perte de connaissance, même dans les crises dont elle aurait été le témoin. Interpellée ultérieurement (12 janvier) si son fils urinait parfois au lit, elle répond : « Certainement mon fils a eu des accidents de ce genre à un âge où les petits enfants cessent d'uriner au lit. Je *crois* que cela lui est arrivé quelquefois jusqu'à l'âge de neuf ou dix ans ; une fois même à l'âge de seize ou dix-sept ans, j'ai remarqué qu'il avait uriné dans son pantalon dont l'étoffe s'est trouvée déteinte ». Mais elle est restée muette sur toute émission d'urine, ayant souillé le pantalon de son fils, le jour des trois crises les plus récentes vues par l'instituteur G...

Avant d'aller plus loin, déclarons dès maintenant qu'étant donnée une émission involontaire d'urine avec la fréquence indiquée dans l'enfance de son fils par sa mère, si elle avait dû se rattacher à une cause épileptique, n'aurait pas cessé aussi brusquement, ou tout au moins se serait reproduite de dix à vingt ans, non pas une fois à dix-sept ans, et encore pendant la journée, mais à plusieurs reprises et pendant la nuit. Cette cessation, insolite dans l'hypothèse épileptique, nous fait donc croire qu'on peut écarter, pour l'incontinence nocturne d'urine de son jeune âge, la cause épileptique, d'autant plus que ni à M..... ni à St-R....., où l'accusé a fait un séjour très prolongé, personne n'a signalé qu'il ait uriné une seule fois dans son lit. M... père a dit à son tour que son fils « était tombé du lit une fois » sans autres détails ; mais plus explicite que sa femme, il a affirmé que les syncopes rapides de son fils « s'accompagnaient de perte de connaissance » et étaient précédées « d'une contraction rapide de la bouche », appelant, à cet égard, en témoignage l'instituteur devant qui les trois crises successives de 1892 ont eu lieu. Or, si l'on consulte les dépositions de M. G..., on s'aperçoit précisément que les pertes de connaissance, signalées par M... père dans les crises de son fils, manquent absolument. Le 10 juillet 1889, l'insti-

tuteur a déclaré en effet : « Chaque *crise a duré une ou deux minutes*, les deux premières chez moi ; la première a été peut-être moins importante que la seconde ; M.... s'est remis sans aucun secours et sans avoir *perdu connaissance*. Cinq minutes après environ, il s'est produit une autre crise, et cette fois je lui ai fait prendre un *verre d'eau*, et toujours *sans perdre connaissance*. Cette fois, comme lors de la dernière crise qui a eu lieu dans la rue, et encore environ cinq minutes après, il n'y a pas en *perte de connaissance*. » Cette déposition a d'autant plus d'importance, qu'émanant d'un témoin intelligent, encore sous la fraîcheur de ses souvenirs, elle vise les faits les plus voisins des événements du 3 juillet, et, par conséquent, les plus capables, dans l'hypothèse de leur interprétation par l'épilepsie, de porter une lumière sur l'état mental de M... à l'époque du crime. Indépendamment de l'absence de perte de connaissance, M. G..., dans sa déposition complémentaire du 12 janvier dernier, a signalé de plus « qu'il n'avait pas remarqué que l'inculpé eût fait des grimaces ou ait eu des convulsions » et a dit en concluant : « Quant à la question de savoir s'il a uriné dans son pantalon à la suite de ce qui lui est survenu devant moi, G... M... ne s'en est pas expliqué en ma présence, et sa famille ne m'en a pas parlé davantage, bien que nous ayions causé à table, ce jour-là, de ce qui venait de lui arriver. » Ainsi donc, il est acquis, à l'encontre des parents, que les crises en question ne s'accompagnaient, ni de *perte de connaissance*, ni de *grimace*, ni de *convulsions*, et nous ajouterons, ni d'*émission involontaire d'urine*.

Enfin l'inculpé lui-même a raconté qu'il aurait eu une crise convulsive dans les champs, qu'il a perdu connaissance pendant le temps qu'une voiture met à parcourir 400 mètres environ et a prétendu qu'après son crime commis, une fois dans le bois où il s'était réfugié, il a éprouvé des contractions nerveuses d'abord, puis s'est endormi d'un profond sommeil. Il est bien permis d'être sceptique à l'égard de ces déclarations de M..., si l'on veut bien se rappeler les mensonges qu'il accumulait dans son premier interrogatoire, et réfléchir, en outre, qu'aucun témoin n'ayant vu ce qu'il avance, il est impossible qu'il puisse raconter *lui-même* qu'il a eu des

contractions nerveuses, qu'il a eu *une crise convulsive*, qu'il s'est endormi à la suite de la crise, puisque, dans l'hypothèse où il aurait eu véritablement deux crises épileptiques, il devrait ignorer ce qui lui est arrivé.

Revenons maintenant aux crises plus anciennes. La plus reculée est décrite ainsi par le desservant A... M... dans sa déposition du 13 juillet : « En 1882, je crois, lorsque je préparais G... à sa première Communion, un jour, à l'église, il est *tombé subitement en syncope et sans connaissance*, je l'ai fait emporter à la sacristie où de l'air a été donné, et il a, quelques instants après, repris connaissance. Cette crise a duré quelques minutes, il pouvait être dix heures du matin. J'ai remarqué un certain *mouvement nerveux* des bras qui s'est produit ; les yeux m'ont paru un peu plus jaunes que d'habitude. Une autre crise s'est produite également, mais elle a consisté simplement en une petite secousse des bras et un affaissement du corps où était assis G... qui n'a pas tardé à reprendre tout seul possession de lui-même ; je lui tournais le dos ». Outre que cet ecclésiastique ne peut affirmer s'il a parlé de cette crise aux parents, il ne faut pas oublier que sa déposition vise un fait remontant à dix ans, et bien qu'il signale la *perte de connaissance*, nous nous voyons forcé de récuser encore ici la nature épileptique de cet accident, en nous fondant sur ce que, d'une durée totale de *quelques minutes* avec chute initiale, et étant donnée la *perte de connaissance*, il aurait dû s'accompagner inévitablement de convulsions du visage, bien autrement saisissantes que la coloration jaunâtre des yeux, et un certain mouvement nerveux des bras. De plus, le stade terminal de gonflement d'une crise épileptique manque absolument.

Sur les crises de M... (période de 1882 à 1886) citées par la mère de M..., les détails abondent, et, en supposant encore, malgré notre avis contraire, que la crise décrite par le curé M... ait été une crise comitiale véritable, il est hors de doute qu'elle devait se reproduire, avec les mêmes caractères, dans un établissement où l'inculpé a séjourné au moins trois ans. Or, rien de tout cela n'est arrivé, et les descriptions de ce qui s'est passé à M... viennent à l'appui de notre diagnostic négatif d'épilepsie. Trois élèves, contemporains de M..., ont déposé

ainsi à l'égard de ses crises. D'abord M... E... (22 juillet) dit en parlant de l'inculpé : « Je ne l'ai point entendu se plaindre qu'il fût sujet à des syncopes ; néanmoins j'ai été témoin d'une crise de ce genre, au sortir de la chapelle, et qui était due à un défaut d'air. Plusieurs de nos camarades ont éprouvé de semblables crises, à la même époque, dues au manque d'air qui existait dans la chapelle. Quand le fait se produisait, on conduisait les élèves dehors, et ils se remettaient immédiatement. » De son côté, G... A..., présent à la rentrée scolaire 1883-1884 avec M..., confirme les détails précédents et déclare à son tour que « celui-ci était d'une santé robuste ; s'il a eu deux fois, je me souviens, des syncopes, cela n'avait rien de particulier à lui, car un certain nombre de ses condisciples en avaient aussi dans les mêmes conditions et sous la même forme ; moi-même j'en ai eu fréquemment. Chez moi, comme chez mes camarades, ces syncopes avaient lieu quand nous entrions à la chapelle, et n'étaient certainement occasionnées que par le manque d'air. » Enfin G... A..., condisciple de l'inculpé de 1886 à 1883, raconte que son camarade « n'était jamais malade ; à deux ou trois reprises il a eu des syncopes. C'est un fait du reste, ajoutait-il, qui se produisait de temps à autre chez beaucoup d'élèves ; moi-même j'en ai eu une. Ce qui est bizarre, c'est que tous ceux qui étaient atteints de ces syncopes, les avaient presque toujours quand on entrait dans la chapelle de l'établissement ; je suppose qu'elles étaient dues au manque d'air ». Si on analyse ces dépositions, on ne peut qu'être frappé de leur concordance absolue, de l'absence, dans le récit, de tout phénomène convulsif, de la similitude des symptômes observés, aussi bien chez l'inculpé que chez ses camarades, et de leur relation constante avec la présence des élèves dans *une chapelle*. N'était-ce pas aussi à la chapelle qu'a eu lieu la crise dont la relation nous a été tracée par le prêtre de sa commune ? Si les accidents spéciaux à M..., qu'on peut évaluer à cinq crises en trois ans à M..., eussent été d'une nature véritablement épileptique, il aurait été plus que singulier qu'ils ne se produisissent qu'à la chapelle et jamais ailleurs, alors qu'on sait que les crises d'épilepsie, quand elles sont aussi rares, ne passent précisément inaperçues que

parce qu'elles sont nocturnes. Et du reste, ces crises avaient, aux yeux des assistants, si peu d'importance, qu'elles étaient regardées comme un banal incident méritant à peine l'attention, et n'étaient pas même portées à la connaissance des maîtres de la maison qui avaient la responsabilité non seulement de son instruction, mais encore de sa santé.

M. L..., directeur actuel de l'école de M... et professeur de l'inculpé, appelé en témoignage, disait en effet, le 13 juillet : « Je n'ai pas vu M... tomber, soit à l'église, soit ailleurs en syncope; mon attention n'a pas été attirée sur un fait de ce genre dont personne ne m'a parlé, et qui, d'ailleurs, ne m'aurait point ému, parce qu'il arrive quelquefois à quelques-uns de nos élèves d'éprouver de ces syncopes. Au surplus, à ce sujet, je ne puis témoigner que d'une façon négative. »

Pendant la période comprise entre le 1^{er} octobre 1886 et le 1^{er} avril 1889, correspondant au séjour de l'inculpé à Saint-R..., toute crise paraît avoir cessé. M. C..., directeur de l'établissement, interrogé spécialement, a déclaré en effet : « Il n'est pas à ma connaissance qu'il ait eu chez nous une syncope ou une crise nerveuse quelconque, car j'en aurais été instruit. » Peut-on concevoir qu'une aussi longue période, si l'épilepsie eût été en jeu, eût pu se passer sans accident, à moins qu'on ne veuille soutenir que les crises auraient eu lieu seulement à chaque vacance annuelle ? Mais à cet égard les renseignements ne sont-ils pas négatifs ? Si on s'en réfère, en effet, au témoignage le plus favorable à la cause, c'est-à-dire au témoignage de M... père, du 12 juillet, devant le juge de paix, quand ce magistrat l'interrogeait sur les crises de son fils, on découvre qu'il place la première « vers l'âge de dix ans environ », sans brusquement à juillet 1891, mois dans lequel un jour G... « ayant bu du vin blanc et vers la fin de la messe, a été pris subitement d'une faiblesse dont, du reste, suivant ce qui se passe habituellement, il s'est remis très promptement », puis cite enfin le cas où M. G... était présent et dont nous avons déjà parlé. Au sujet de la crise de 1891, on retiendra deux choses : 1^o que le fait, comme à B... en 1882 et à M..., s'est produit à la chapelle.

2^o Que la personne appelée à témoigner des symptômes

de cet incident, la nommée B... M..., n'a rien pu dire (15 juillet) de précis à son égard, et que M... père, de son côté, a été aussi sobre de détails.

En récapitulant tout ce que nous venons de dire, il est permis d'affirmer que, ni sous le rapport symptomatique, ni sous le rapport de la marche de l'affection, on ne reconnaît les allures de l'épilepsie, dans tout ce qu'a éprouvé M... Et s'il nous était permis de nous servir de cet argument, nous ajouterions qu'il est surprenant qu'en présence d'une affection aussi connue et aussi grave que l'épilepsie, même quand ses manifestations sont espacées, alors que la famille semble si convaincue aujourd'hui de son existence chez l'un de ses membres, elle n'ait point pris l'avis d'un médecin à cet égard, et, témoignant encore d'une tranquillité d'esprit véritablement étonnante, n'ait point fait valoir un cas de réforme aussi net. Mais nous avons hâte d'arriver à la crise du mois de septembre, à la prison de Ch...

V. — On ne peut tout d'abord qu'être saisi, en lisant les dépositions qui relatent cet incident, des différences profondes qui existent entre cette crise et toutes celles qui lui sont antérieures.

A priori, il s'agirait ici d'une grande attaque, avec perte de connaissance et convulsions. Voyons la description faite par les témoins. Et d'abord le gardien P... E... : « Etant, dit-il, de service et avant midi, j'ai été sonné par le détenu M...; je me suis rendu à son appel et, en pénétrant dans sa cellule, je l'ai trouvé *par terre, étendu à plat ventre*, les pieds presque contre la porte, la tête du côté de la fenêtre qui est en face ; il *agitait les bras et les jambes* et se *déplaçait dans ses mouvements de temps en temps* ; il respirait plus fort qu'il ne respire d'habitude, car j'ai remarqué qu'il est un peu gêné dans sa respiration. J'ai couru chercher le gardien commis greffier, M. B..., avec l'aide duquel j'ai retourné le corps de M... du côté de la face pour m'assurer qu'il n'était pas blessé ; son *visage m'a paru dans un état ordinaire*, il ne portait aucune blessure sur les parties visibles de son corps. Cette scène avait duré dix minutes environ, je me suis en allé en laissant le service à mon camarade C... » ; et plus loin, sur interpellation : « Quand M... a sonné, je me trouvais en face, dans ma chambre, séparé de la

sienne de quelques mètres ; je n'ai pas entendu la *chute de son corps que j'aurais pu entendre* ; je me suis rendu dans sa cellule aussitôt qu'il a en sonné. M'étant rendu dans la cellule de M..., j'ai constaté qu'il *faisait, des bras et des jambes, des mouvements semblables à ceux d'un nageur*, sa tête était du côté de la fenêtre, son corps dans le sens de la longueur. Pendant que j'étais là, il a saisi et serré fortement le pied du lit que je n'ai pas persisté à faire lâcher et qu'il a lâché lui-même. À l'aide du gardien P..., nous avons retourné M... du côté de la face qu'il a de suite retournée vers le sol, presque dans la position qu'il occupait avant. » Et plus loin : « Il respirait un peu plus fortement que d'habitude, mais son visage n'avait pas de contractions, et je n'y ai rien remarqué d'anormal, pas plus que sur sa bouche. On peut évaluer à un quart d'heure environ le temps que M... a été par terre. »

Si nous rapprochons les termes de ces deux descriptions de l'attaque convulsive éprouvée par M..., en y joignant le fait que l'inculpé nous a déclaré ne pas se rappeler avoir poussé le bouton d'appel, de tout ce que nous savons expérimentalement d'une attaque véritable, nous n'hésitons pas à dire qu'il y a entre elles et les symptômes offerts par M..., la différence du jour à la nuit. Que se passe-t-il, en effet, dans une crise véritable, aussi longue que celle de l'inculpé ? Aussitôt après l'anra, d'une durée qui, dans l'espèce, aurait été presque nulle, l'individu pousse souvent un cri et tombe comme une masse, sans connaissance. Or M..., puisqu'il a poussé le bouton d'appel, n'aurait pu le faire qu'autant que l'anra n'avait pas encore débuté, et alors il devrait s'en souvenir. S'il ne s'en souvient pas et qu'il dise la vérité, ce qui n'est guère soutenable, attendu que le bouton d'appel est à 1^m,65 du sol, et qu'il faut lever intentionnellement le bras pour l'atteindre, c'est que l'anra avait commencé, et alors, au lieu de tomber sur le ventre, il aurait dû tomber à la renverse, puisque la perte de connaissance étant à ce moment complète, il ne pouvait, dans ces conditions, pivoter sur lui-même et se trouver dans la position décrite par les témoins. De plus, la chute étant brusque, le bruit qu'elle doit nécessairement produire sur un parquet, peut s'entendre à une distance de quelques mètres, tandis que P..., qui se trouvait dans ces

conditions et sur ses gardes, grâce à la sonnerie, n'a rien entendu de pareil, alors qu'il le pouvait. Il est donc certain que M... n'est pas tombé brusquement, sans quoi, d'une part, il serait tombé en arrière, et d'autre part on aurait entendu cette chute, sinon le cri qui aurait pu manquer, et alors la conclusion est qu'il a dû tomber intentionnellement en avant, dans le double but de dissimuler sa figure et d'éviter de se faire du mal dans sa chute. Sans doute il y a des épileptiques qui tombent en avant, mais les considérations qui précèdent démontrent que l'inculpé ne le pouvait pas.

Poursuivons encore à grands traits notre comparaison première. L'individu épileptique est à terre; des convulsions, plus ou moins généralisées aux membres, très caractéristiques à la face, s'établissent, d'abord toniques, puis cloniques; la figure est congestionnée, les yeux convulsés, l'écume s'échappe des lèvres, la langue est mordue souvent, les *doigts sont contractés*, le *pouce renversé dans la paume de la main*. Y a-t-il eu, chez M..., quelque chose qui soit même une atténuation de l'un ou l'autre de ces symptômes presque concomitants? P... a dit: « Il agitait les bras et les jambes, son visage m'a paru dans un état ordinaire, et B... raconte, de son côté, qu'il faisait des bras et des jambes des mouvements semblables à ceux d'un nageur. Pendant que j'étais là, il a saisi et serré fortement le pied du lit que je n'ai pas persisté à lui faire lâcher et qu'il lâcha ensuite lui-même. Son visage n'avait pas de contractions, et il n'y avait rien d'anormal sur sa bouche. » Les symptômes présentés par M..., dans cette circonstance, n'appartiennent certainement pas à l'épilepsie. En effet, un épileptique ne fait pas les mouvements d'un nageur; sa figure, dans sa crise, ne peut pas être ordinaire, mais grimaçante, vultueuse, même hideuse à voir. Une écume, souvent sanguinolente, se voit sur ses lèvres. En outre, un épileptique, tombé sur sa face, ne se retournera pas si on le met sur le dos; enfin il ne saisira pas le pied d'un lit qu'on ne peut lui faire quitter, par la raison péremptoire, que cet acte est impossible à accomplir, les doigts étant contractés et le ponce fléchi dans la main.

Comment se termine maintenant l'attaque épileptique? La respiration, de stertoreuse et ronflante qu'elle

était, se régularise peu à peu, et une accalmie s'établit suivie d'hébétéude, puis l'individu se lève un peu égaré. Le gardien chef C..., ayant assisté à cette dernière partie de la crise supposée de M..., puisque « ce dernier était encore à terre, sans que son corps parût éprouver la moindre secousse », va nous renseigner sur elle. A ce moment il a mis la main sur l'épaule de l'inculpé en l'interpellant. « Immédiatement celui-ci s'est relevé, puis s'est appuyé, toujours debout, contre son lit, portant la main à son front, comme un peu embarrassé de son attitude. » Est-ce assez caractéristique comme dissemblance? A part la respiration plus forte que d'habitude, signalée dans la déposition d'un gardien, et qui s'explique suffisamment par la position de l'inculpé couché à plat ventre, peut-on reconnaître un seul trait de similitude avec la crise d'épilepsie à son déclin, telle que nous l'avons esquissée? Ajoutons encore qu'au moment où M... s'est relevé sur l'injonction du gardien chef (ce qu'un véritable épileptique n'aurait pas fait d'une façon si brusque et si rapide), son pantalon aurait dû être souillé par l'émission involontaire d'urine qui devait se produire pendant une crise aussi complète. Or, il n'a fait devant personne aucune allusion à un incident de ce genre. Il a bien raconté plus tard (2^e rapport médico-légal) qu'il s'était couché dès qu'on l'avait laissé seul, s'était endormi, et que lorsqu'il avait été réveillé par le médecin de la prison, il s'était aperçu qu'il avait uriné au lit. Mais outre que ce fait est démenti par les gardiens de la prison qui font remarquer, à juste titre, que l'inculpé n'aurait pas alors manqué « de demander qu'on lui donnât des draps ou d'autres fournitures de rechange », ce qu'il n'a fait ni ce jour-là ni d'autres; ce fait, disons-nous, est en contradiction absolue avec toutes les données médicales qu'on possède, sur le moment où les épileptiques urinent dans leurs crises, et constitue ainsi une sorte d'anachronisme des plus grossiers. M... a donc fait une déclaration mensongère sur ce point et peut-être sur celui de s'être couché ce jour-là, puisque les gardiens, pas plus que le médecin de la prison venu pour le visiter, n'ont pu certifier s'il était réellement au lit au moment de la visite de ce dernier. Enfin, ultérieurement questionné, M... a modifié son récit primitif en

disant qu'il avait, non pas demandé à changer sa literie, mais sa chemise mouillée par l'urine, et que dans la nuit du 15 au 16 octobre, ayant mouillé de la même façon ses draps, il en avait demandé le change avant l'époque réglementaire. Mais ayant fait questionner les deux gardiens dont il invoquait le témoignage, le premier, Ch..., l'a formellement démenti sur ce point; et le second, P..., tout en reconnaissant que l'inculpé, le jour de la crise présumée, lui avait demandé de changer de chemise, s'est aperçu qu'elle était mouillée de sueur, mais n'a pas remarqué qu'il y eût de l'urine. Il est donc établi que la véracité des points essentiels des assertions de l'inculpé n'existe pas. Au surplus, la simulation de M..., en cette journée de septembre, a été si vraie, qu'elle n'a pu en imposer même aux gardiens témoins de la crise et, quoique étrangers à la médecine, leurs remarques, pleines de sagacité, montrent qu'ils n'ont pas été dupes de sa supercherie. Le gardien P... témoin de la première partie de la crise, a parfaitement saisi les différences qui séparaient ce qu'il avait observé chez l'inculpé de ce qu'il avait constaté chez un véritable épileptique : « J'ai vu, a-t-il dit, notamment à la maison d'arrêt, un épileptique avoir une attaque, il était sur le dos, il faisait des mouvements effrayants et que l'on entendait de bien loin; sa figure était décomposée, il avait de l'écume à la bouche; je n'ai remarqué aucune de ces choses chez M... » D'autre part, le gardien chef qui l'a fait relever, en lui frappant sur l'épaule, a bien remarqué « qu'il ne présentait au visage aucune trace de blessure ou convulsion quelconque », et il ajoutait : « Ce qui lui était parfaitement resté en mémoire, c'est que la physionomie de l'accusé était calme. » Il ne pouvait s'empêcher, « ayant vu bien des épileptiques dans sa vie », de protester quand le médecin de la prison, venu beaucoup plus tard, émettait dans les conditions que l'on sait, l'hypothèse d'une crise possible d'épilepsie au sujet de M...

D'après tout ce que nous venons de dire, il nous paraît donc légitime de penser que l'épilepsie de l'inculpé est une hypothèse dont on ne peut démontrer la réalité dans son passé antérieur au crime, et d'affirmer en outre que la crise postérieure a été simulée. A ce

sujet, notons à cette place, qu'ayant averti M... de notre opinion formelle d'une simulation de sa part dans la crise en question, il en a été visiblement interdit et confus. Son attitude, en notre présence, et ses dénégations ont été alors si dépourvues d'assurance, que nous nous croyons autorisé à y voir, par surcroît, même en l'absence d'un aveu que notre insistance n'a pu obtenir, une preuve indirecte qu'il a cherché à en imposer sur son véritable état. Dans ces conditions, nous pourrions, à la rigueur, clore ici notre rapport, jugeant superflu d'établir que le fonctionnement intellectuel et moral de l'accusé ne pouvait qu'être normal, puisque l'hypothèse qui aurait pu le faire dévier se trouve à notre avis ruinée, et surtout en présence de la simulation de la crise de septembre qui se trouve encore être la preuve implicite du peu de confiance qu'avait M... lui-même dans la solidité de la démonstration chez lui de l'épilepsie, par les faiblesses éprouvées avant son arrestation. Il n'importe cependant, et par un scrupule puisé dans le sentiment d'une responsabilité dont nous sentons tout le poids sur nos faibles épaules, nous avons le devoir rigoureux d'envisager encore l'hypothèse combattue plus haut, comme une réalité, et de nous dire, si M... était néanmoins épileptique, dans quelle mesure la névrose aurait influé sur son état mental, et quel rôle aurait-elle joué comme facteur de sa criminalité?

VI. — On peut poser en principe que le problème de la responsabilité des épileptiques n'est point passible d'une solution générale, et que chaque cas demande d'être examiné à part. Tel épileptique sera responsable, tel autre ne le sera pas; bien plus, le même épileptique devra « être considéré comme responsable dans certaines circonstances, tandis que, dans d'autres conditions, il ne saurait l'être à aucun degré (1) ». Ceci dit, d'après ce que nous savons dans l'espèce, il est absolument certain que les crises de M..., leur nature épileptique admise, ne se sont jamais accompagnées du plus léger trouble mental. Nous savons, en outre, que sa dernière crise (avril 1892, devant l'instituteur) a eu lieu longtemps

(1) Christian. *Épilepsie et folie épileptique*. Paris, G. Masson, 1890.

avant son crime, et que l'inculpé devait se trouver, lors des événements du 3 juillet, dans une période intercalaire absolument hygide au point de vue de son humeur et de son intelligence en général, et en particulier ce jour-là, puisqu'il était très gai le matin, et a su adroitement éviter d'accompagner ses parents au travail. Ceci posé, si le crime a été accompli sous l'influence d'une impulsion comitiale, il a nécessairement fallu que cette impulsion naisse, soit à l'occasion d'une crise dans la matinée du 3 juillet, soit par suite de la transformation, dans la même matinée, de l'épilepsie convulsive en épilepsie psychique, sous forme d'impulsion irrésistible au meurtre. En dehors de ces deux cas, il n'y a place pour aucune autre interprétation pathogénique.

Nous allons essayer de démontrer brièvement et aussi clairement que possible, qu'une impulsion de cette nature n'a pas pu se manifester.

En ce qui concerne l'hypothèse d'une crise d'épilepsie le 3 juillet, avant ou pendant le tragique événement de cette journée, on aura beau torturer les faits, tout démontre qu'elle est absolument gratuite, car on se demande à quel moment il faudrait la placer, avec quelque vraisemblance. Est-ce dans le tect à porcs où M... gnetait l'arrivée, dans la maison inhabitée, d'A... R..., après avoir déposé son panier de provisions emporté pour la journée, et qu'il a si bien su retrouver avant de s'enfuir? Personne n'a osé le soutenir. Est-ce dans la pièce même où la lutte a eu lieu? Mais alors la victime eût échappé aux étreintes de son meurtrier. Est-ce enfin au moment où A..., tombée évanouie, n'avait pas encore rendu le dernier soupir, et allait succomber définitivement, étranglée par les mains de son agresseur et le monchoir dont il a serré les deux chefs à l'aide d'un triple nœud? Mais M... n'aurait pu continuer alors sa triste besogne, tandis que nous savons le contraire. Une crise d'épilepsie n'a donc pu avoir lieu au moment où, pour les besoins de la cause, elle aurait dû se produire; partant il n'y a pu avoir d'impulsion consécutive. Mais ce qui vient achever cliniquement notre démonstration, c'est ce fait acquis, qu'à chaque accès convulsif correspond la répétition des mêmes actes, et qu'à la suite de tous ses accès antérieurs, jamais M... ne s'est livré à

d'autres actes dénotant un trouble d'esprit ; qu'enfin, toujours dans l'hypothèse d'un accès d'épilepsie au moment du crime, il devrait y avoir chez lui amnésie complète, ou tout au moins un souvenir sommaire de ce qui s'est passé. Nous trouvons, au contraire, chez l'inculpé, une conscience sans lacune importante appréciable, de tout ce qui s'est passé pendant la scène du 3 juillet ; dans sa conduite criminelle, une série d'actes successifs et coordonnés, concourant, sans incohérence, vers le but à atteindre ; dans son jugement, la perception de la gravité de l'acte accompli, ainsi qu'en témoigne sa fuite immédiate dès qu'il est découvert, et le repentir de ce qu'il a fait, ainsi qu'en fait foi la lettre qu'il a écrite à la sœur de sa victime. Un véritable épileptique se serait comporté d'une toute autre manière, s'il avait eu, à la suite d'une crise de son mal, une impulsion meurtrière. Son crime aurait été différent ; il eût été soudain, tumultueux, inexplicable, et ses moyens d'exécution sommaires ; il n'y aurait pas eu de mouchoir serré de trois nœuds. L'épileptique se serait acharné sur sa victime et le sang aurait coulé. Enfin, il l'aurait laissée sur place. Loin de se sauver, il se serait endormi, l'impulsion satisfaite, et, de toute la scène, il ne lui resterait qu'un souvenir confus, incapable de lui inspirer jamais le moindre repentir. Ainsi se trouve justifiée l'opinion émise au début de ce rapport, que le crime de M... ne cadrerait pas avec ce que l'on sait d'un crime épileptique.

Voyons maintenant le dernier cas, celui d'une impulsion qui, étant l'équivalent psychique substitué d'une crise convulsive, a irrésistiblement poussé l'inculpé au meurtre. D'abord n'oublions pas que le meurtre actuel a été précédé immédiatement d'une tentative de viol ; ce n'est qu'au moment précis où la victime est tombée à terre que l'impulsion meurtrière a pu prendre naissance, et alors il faut supposer qu'elle a été satisfaite aussitôt qu'elle s'est produite, ce qui est inadmissible quand on sait cliniquement *qu'il est sans exemple* qu'un impulsif véritable ait cédé du premier coup à son impulsion, et qu'il s'établisse toujours une lutte plus ou moins longue, entre l'émotivité demandant une satisfaction si énorme, et l'intelligence qui résiste jusqu'à ce qu'elle succombe. La clinique nous enseigne, d'autre part, que, pendant

cette lutte, différents troubles organiques doivent s'observer chez l'impulsif, tels que l'angoisse cardiaque, les maux de tête, etc., qui se renouvellent à chaque accès, pour cesser brusquement, quand l'émotivité a enfin trouvé un apaisement à ses souffrances, par la réalisation de l'impulsion. Peut-on mettre en relief quelque chose qui rappelle la symptomatologie de cette lutte récente, dans son passé? Il serait puéril de le soutenir. Et puis, le jour même du crime, n'était-il pas gai dès le matin, ayant prémédité ce jour-là de satisfaire, non son impulsion problématique meurtrière, mais sa passion pour A..., eu la suppliant de se livrer à lui?

Mais il y a encore une raison décisive qui ne nous permet pas d'attribuer le crime de B... à une impulsion irrésistible, c'est que l'irrésistibilité et l'intérêt s'excluent, de telle sorte qu'en présence d'un acte auquel on trouve un mobile intéressé, on doit nier toute irrésistibilité à le commettre. Le mobile auquel obéissait M... en étranglant sa victime, après avoir vainement tenté de la posséder, lui-même l'a déclaré sans y être contraint, c'était de supprimer la plainte ultérieure de celle-ci contre lui. Il n'en fait donc pas davantage pour écarter victorieusement ici toute hypothèse d'irrésistibilité, et tout ce qu'on pourrait dire, à l'encontre, sort du domaine médical.

Après avoir démontré, chez M..., la non existence d'une impulsion consécutive à une crise d'épilepsie, dans la matinée du 3 juillet, et l'impossibilité d'une crise irrésistible qui eût éclaté chez lui, comme dans le premier cas, pendant la scène du crime qui lui est reproché, nous devons, avant de terminer, dire quelques mots des tares physiques rencontrées chez lui. Sans aucun doute, si ces tares s'accompagnaient, soit de débilité mentale, soit d'une déséquilibration psychique, qu'un ensemble de faits successifs, antérieurs au crime, mettrait en lumière, on pourrait conclure à l'existence d'une dégénérescence mentale dont on aurait à tenir compte dans l'appréciation de la responsabilité de l'accusé. Mais cette débilité mentale n'existe à aucun degré, puisqu'il est impossible de trouver un seul fait qui puisse la faire admettre un seul instant. D'autre part, dans toute l'existence de M... on ne retrouve pas cette série de faits bizarres qui permet de dépister une mentalité anormale. Il y a bien le

fait d'avoir dérobé des vêtements à A... R..., et de les avoir enroulés autour de son corps pour ne pas s'en séparer; mais il ne faut pas oublier qu'il l'aimait passionnément, et il serait aussi excessif d'y voir un trouble de l'esprit de M... que de le tenir pour « un être bizarre, peu équilibré, et dénué de sens moral », parce qu'il n'a montré au maire aucune humeur d'avoir été sermonné à juste titre par lui pour ce vol, et qu'il a « continué à lui parler comme si de rien n'était ». Du reste, le fait de dérober des vêtements, dans les conditions de l'inculpé, n'aurait nne signification morbide qu'autant que ces objets lui eussent été nécessaires pour se procurer un orgasme vénérien impossible à obtenir en dehors d'eux (ce à quoi M... m'a déclaré n'avoir jamais pensé); et alors il s'agirait d'une affection mentale qui ne rentre pas dans les données de l'affaire actuelle. Les malformations craniennes trouvées chez l'inculpé (asymétrie de la face, voûte ogivale du palais, etc.), en tant qu'elles sont isolées, puisqu'elles ne s'accompagnent corrélativement, ni de déchéance dans la sphère intellectuelle, ni de trouble syndromique d'émotivité dans la sphère morale, ne peuvent donc faire préjuger, seules, d'une dégénérescence psychique; et, en matière de responsabilité pénale, il serait absolument antiscientifique d'oser s'appuyer uniquement sur elles, pour soutenir la perte du pouvoir de diriger ses actes, dans le cas qui nous occupe.

VII. — Les convictions cliniques auxquelles je suis arrivé me permettent donc de conclure maintenant; je le ferai dans les termes suivants :

- 1° Il est très douteux que M... soit épileptique ;
- 2° La crise de la prison ne peut qu'avoir été simulée ;
- 3° Même en considérant l'inculpé comme atteint d'épilepsie, son crime ne peut pas plus se rattacher dans sa genèse à une crise convulsive, dont il serait un épiphénomène impulsif, qu'à une impulsion irrésistible, se substituant, comme équivalent psychique, à une crise épileptique ;

- 4° Je le considère comme responsable.

Les débats de cette affaire qui passionnait à mon insu l'opinion publique d'un département entier, en raison de la position sociale de certains membres de la famille,

durèrent deux jours pleins. Dès mon arrivée au chef-lieu d'assises, à l'animation de la salle d'audience et à la qualité des auditeurs, je jugeai aisément du retentissement que produisait l'affaire. En m'applaudissant tout bas de m'être trouvé en dehors de tout courant d'opinion capable d'influencer mon jugement, je fis à l'audience une déposition très sobre, en évitant l'écueil de la critique de l'opinion des confrères dissidents. Chacun des experts garda les positions prises et défendit son opinion. Il va sans dire que les divergences médicales durent accroître les embarras et les perplexités de ceux qui avaient le sort de l'accusé entre leurs mains, surtout quand l'habile défenseur eut jeté dans le débat une question aussi ardue que celle des équivalents psychiques d'une crise convulsive comitiale. Le but évident était d'obtenir que le jury préférât, dans le doute, se montrer magnanime que condamner celui que l'avocat innoçentait de son mieux. Cependant, tel ne fut pas le résultat, car les jurés rapportèrent un verdict de culpabilité sur une seule des questions posées, le meurtre, et écartèrent la tentative de viol qui ne fut point, paraît-il, juridiquement établie, tout en étant d'une grande importance pour le médecin. Des circonstances atténuantes ayant été accordées, la Cour prononça, en conséquence, une condamnation à vingt ans de travaux forcés. Mes déclarations devant le jury ont-elles eu beaucoup d'influence sur son verdict ? Je le crains ! mais comme, en définitive, je n'ai exprimé dans cette affaire qu'un avis impartial et rigoureusement déduit, je dois médiocrement m'apitoyer sur le sort d'un individu que j'ai cru et que je crois encore coupable. Au surplus, le sentiment public qui se dégagait, en suite de l'énoncé du jugement, fut que les jurés étaient restés dans une juste mesure, en ne faisant preuve, ni de trop d'indulgence, ni de trop de sévérité. Ce sera sans doute également celui du lecteur.

Revue critique.

DE

LA CÉPHALALGIE

DANS LES MALADIES MENTALES

Par le Dr A. CULLERRE

Le mal de tête est un symptôme commun à une foule de maladies. Dans la plupart des cas, il n'a qu'une importance très mitigée ; dans quelques-uns seulement il est au premier rang des signes caractéristiques et jouit d'une haute valeur diagnostique.

Fouiller tous les coins de la pathologie pour y découvrir ce symptôme, l'analyser, en mettre en relief la signification et en peser la valeur dans chaque circonstance, telle est la tâche que s'est imposée le Dr Campbell, d'ailleurs contumier de ces larges chevanchées dans le domaine de la séméiologie et de la pathologie générales (1).

On voit bien tous les inconvénients d'un pareil travail ; on en saisit moins les avantages. Malgré soi, on se demande avec effroi s'il est bien nécessaire de s'assimiler la matière contenue dans ces 400 pages in-8, pour savoir ce que c'est, médicalement parlant, que le mal de tête. Et si l'on peut se flatter, avec des notions moins copieuses, de posséder suffisamment ce symptôme, qu'y a-t-il donc de trop dans un tel livre, pour en grossir ainsi le volume et en grandir le format ?

Et il n'y a pas que les inévitables longueurs, les ré-

(1) *Headache and other morbid cephalic sensations*, by Harry Campbell. M. D. B. S. physician to the North-West London hospital, etc. (London, H. R. Lewis, 1894).

pétitions forcées, le luxe un peu fastidieux de l'érudition et des notions bibliographiques, il y a encore le groupement factice des matières, la multiplicité des chapitres où l'intérêt se dilue et se disperse, et où l'on a peine à retrouver les éléments épars d'une question donnée.

Quoi qu'il en soit, un tel livre peut être estimable, et celui du Dr Campbell en est la preuve. Nous voudrions en commenter ici quelques parties, en nous arrêtant de préférence sur les points qui intéressent plus spécialement la pathologie mentale.

Et d'abord, qu'est-ce que le mal de tête? C'est, répond M. Campbell, « une douleur ressentie quelque part au-dessus de la base du crâne, dans un des nombreux tissus qui composent la tête ». Ce qui revient à dire que le mal de tête... est le mal de tête. Si l'on veut préciser davantage, on se heurte à quelques difficultés réelles, mais dans quelques cas seulement. Ainsi, il est évident et généralement admis que ce sont surtout les tissus extra-craniens, très riches en nerfs, sensitifs, qui sont le plus souvent impliqués dans la céphalalgie. Puis viennent les membranes qui tapissent les sinus contenus dans les os crâniens et la dure-mère. Le crâne, la pie-mère, l'arachnoïde et le cerveau, ces trois derniers insensibles à l'état normal, ne deviennent le siège de la douleur que dans les affections organiques. Ferrier pense que le cerveau, quelles que soient les circonstances, demeure toujours insensible; mais on peut concevoir quelques doutes à ce sujet, cet organe recevant, par ses vaisseaux, des fibres nerveuses du système sympathique.

La douleur, dans la céphalalgie, est extrêmement variable, et nous renonçons, faute d'espace, à suivre le Dr Campbell dans les descriptions qu'il en donne. Quelques-unes de ces souffrances sont bien spéciales, comme le choc hystérique, le casque neurasthénique, l'hémicranie de la migraine, l'*encéphalalgie* de la période secondaire de la syphilis, si bien décrite par le professeur Fournier, le terrible mal de tête des tumeurs cérébrales, celui de la méningite.

Les causes de la céphalalgie ne sont pas moins variées et sont en outre très complexes. L'hérédité y joue un certain rôle : on peut naître avec une fâcheuse prédisposition à ce syndrome.

L'âge est plus important, car la céphalalgie est surtout une affection de l'âge adulte. Néanmoins les enfants en souffrent assez souvent, et la migraine n'est pas rare chez eux. Plus tard, on rencontre la céphalée de croissance des adolescents, la céphalalgie menstruelle des filles mal ou non encore réglées. En passant par-dessus l'âge adulte, âge d'élection des migraines, des céphalalgies neurasthéniques, dyspeptiques, menstruelles, etc., nous retrouvons les céphalalgies de la ménopause, et celles qu'occasionne la sclérose rénale chez les vieillards.

Le sexe joue un rôle énorme, car, d'après certains auteurs, les femmes auraient le privilège de ce mal dans la proportion de 75 p. 100, ce qui, en passant, jette déjà un jour lumineux sur la véritable nature de la céphalalgie dans la plupart des cas, étant donné de plus que les affections cérébrales organiques sont plus rares chez la femme que chez l'homme.

J'ai hâte d'arriver au chapitre où M. Campbell traite du mal de tête dans ses rapports avec l'aliénation mentale. Ce chapitre est fort court, et pour cause.

La céphalalgie, en effet, n'est pas un symptôme de la folie, et les livres qui lui sont consacrés n'en font pas mention, sauf de rares exceptions. Je ne vois guère, chez nous, que le traité de M. Dagonet et les leçons de Ball, qui mentionnent la céphalalgie comme phénomène habituel dans la folie; encore, le premier s'appuie-t-il sur l'expérience des autres plutôt que sur la sienne propre. « Il convient encore, comme le fait remarquer Ach. Foville, écrit-il, de rapporter aux troubles de la sensibilité les douleurs névralgiques, fréquentes chez les aliénés et la céphalalgie qui s'observe avec de grandes variétés de forme et d'intensité dans beaucoup de cas de folie. » Il serait intéressant d'avoir une connaissance plus précise de ces grandes variétés de céphalalgies auxquelles seraient sujets les aliénés; mais il y a apparence que si elles étaient aussi fréquentes que l'affirme Foville, quelque observateur n'aurait pas manqué de défricher ce territoire encore inexploré de la pathologie mentale.

Quant au professeur Ball, il vise tout spécialement une certaine catégorie d'aliénés, ceux qui sont porteurs

de lésions organiques et profondes des centres nerveux. Même dans ces cas tout spéciaux, Lasègue ne croyait guère à la céphalalgie, et il la reléguait aux rangs les plus humbles des symptômes prémonitoires, non seulement de la folie, mais encore des maladies encéphaliques les plus variées. « Dans certaines formes, dit-il, telles que la périencéphalite chronique ou paralysie générale, dans les types de folie à désordres cérébraux multiples, dans les altérations qui ont pour conséquence une hémiplégie, la céphalalgie préalable est aussi exceptionnelle qu'elle est commune dans les maladies syphilitiques, les tumeurs de tout ordre, etc. » (1).

Pour éclaircir ce point de séméiologie, M. Campbell s'est adressé au Dr Bevan Lewis qui lui a fait la réponse suivante : « Le fait que le mal de tête est rarement, si même il l'est, mentionné dans les ouvrages sur la folie, s'explique, je pense, par la rareté de ce symptôme dans les affections mentales. Comme de juste, il y a des exceptions que je n'ai pas besoin d'indiquer, par exemple dans les cas d'aliénation qui accompagnent les maladies organiques du cerveau, le ramollissement, les tumeurs, l'encéphalite, la méningite ; je signalerai en particulier la *sévère* céphalalgie de la paralysie générale.

« Je pense que votre question n'a trait qu'à la folie, et dans ce cas, la céphalalgie est certainement un symptôme très rare. Toutefois, dans les psychoses les plus aiguës, on constate, non de la douleur, mais des troubles sensitifs dans la tête ; par exemple, une sensibilité exagérée du cuir chevelu, un sentiment de plénitude, un cercle étroit autour du crâne, de fins crépitements, une sensation de bouillonnement presque invariablement rapportée au vertex, ou encore une sensation de chaleur dans la tête... Les malades décrivent encore un sentiment de souffrance, aussi soudain, aussi douloureux, aussi instantané qu'un choc électrique, comme si quelque chose se rompait dans le cerveau. Je ne place donc pas la céphalalgie au rang des signes prémonitoires habituels de la folie, mais bien l'espèce de dysesthésie à laquelle je viens de faire allusion. »

Deux choses sont à retenir de cette communication

(1) Lasègue. De la migraine (*Études médicales*, Paris, 1884).

du D^r Bevan Lewis : la première que le mal de tête des aliénés ordinaires n'est pas, à proprement parler, une algie, mais un phénomène appartenant au groupe excessivement nombreux des dysesthésies. Ce ne sont pas des douleurs qu'ils ressentent dans la tête, mais des troubles de la sensibilité générale, ce qui est tout différent ; la seconde que, contrairement à ce que prétend Lasègne, la céphalalgie, — et une céphalalgie sévère — existerait au nombre des symptômes de la paralysie générale. Cette assertion m'étonne ; la céphalalgie véritable ne me paraît pas ordinaire dans l'encéphalite diffuse. Parmi les prodromes de cette maladie, Charcot, Blocq, Parinaud ont cité quelques cas de migraine ophthalmique, mais ces cas sont exceptionnels. Les malades se plaignent bien, surtout dans la période prémonitoire, de troubles dysesthésiques analogues à ceux des simples aliénés, mais non de céphalalgies véritables, ou du moins je crois le fait peu commun. Il ne faut, en face de la paralysie générale, jamais oublier la syphilis, qui pourrait bien, par ses lésions localisées surajoutées à l'encéphalite, être la principale coupable de ces céphalalgies signalées par quelques auteurs.

Je dois néanmoins reconnaître que si, d'après ma propre expérience, la céphalalgie est un symptôme prodromique peu commun de la paralysie générale, je l'ai rencontrée assez souvent dans les anamnestiques de certaines démences congestives ou avec lésions en foyer. Ces douleurs de tête à caractère réellement névralgique, qualifiées de « grands maux de tête » de « céphalalgies intenses » par les malades ou les médecins traitants, s'accompagnent souvent de vertiges, de tournements de tête, de sifflements d'oreilles et d'obnubilation de la vue.

Mais, je le répète, le phénomène n'est pas habituel ; il se rencontre surtout chez des femmes, principalement des héréditaires, et n'a peut-être d'autre signification que d'être le signe banal d'une constitution névropathique.

Et en effet, la céphalalgie étant un syndrome le plus souvent d'origine névropathique, se rencontre fréquemment à ce titre dans les antécédents morbides des aliénés. Longtemps, de nombreuses années, même, avant

l'explosion vésanique, certains malades se plaignaient de céphalées congestives, de céphalalgies neurasthéniques ou hystériques, et plus rarement de véritables migraines. Beaucoup disent avoir souffert de *névralgies dans la tête*, ou encore que le sang les gênait, qu'il leur fallait user souvent de pédiluves, se mettre les sangsues, etc.

Ici encore, comme il fallait s'y attendre, ce sont surtout les femmes qui accusent ces antécédents morbides, la femme étant plus sujette aux céphalalgies que l'homme dans une très forte proportion. L'âge de la puberté, si fécond en accidents nerveux chez les héréditaires, est, avec celui de la ménopause, l'époque de la vie où se manifeste le plus souvent cet accident qui est, comme on le voit, surtout en rapport avec les fonctions sexuelles. Chez les jeunes filles, ce sont des céphalalgies périodiques revenant à chaque époque menstruelle; chez les vieilles, ce sont des douleurs de tête persistantes pouvant se prolonger plusieurs mois.

Ces céphalalgies des futurs aliénés sont parfois associées à l'état pléthorique, principalement dans deux circonstances : les troubles menstruels et les hémorroïdes. La suppression des règles, qu'elle soit accidentelle ou causée par les approches de la ménopause, peut être l'occasion de maux de tête tenaces qui, dans quelques cas, servent de prodromes à la folie.

Les hommes qui souffrent d'hémorroïdes sont sujets à certains malaises prémonitoires parmi lesquels la céphalalgie, ou pour mieux dire la céphalée, tient la première place. Elle revient périodiquement, devant la crise de quelques jours et disparaissant dès que le flux est établi. Si ce flux se supprime, elle reparait plus intense, plus pénible, méritant alors vraiment la qualification de *céphalalgia hæmorrhoidalis* que lui a donnée Sauvages, et peut se compliquer d'accidents vésaniques de forme congestive.

Chez d'autres candidats à la folie, ces maux de tête sont liés à l'anémie. Presque tous les anémiques se plaignent de douleurs et de névralgies dans la tête, qu'il n'est pas possible, semble-t-il, de rattacher à un type déterminé. Pourtant, d'après ses recherches et ses observations personnelles, M. Campbell pense que la cépha-

lalgie des anémiques affectionne particulièrement la région frontale ; cela lui semble au moins démontré pour la chlorose. Quant à la pathogénie de cette céphalalgie, tantôt elle résulte de la dyscrasie sanguine elle-même, tantôt de la dyspepsie, tantôt de la constipation concomitante.

Et que deviennent ces céphalalgies quand la folie est déclarée ? Elles disparaissent, tout simplement. Manifestation d'un état névropathique, d'une véritable diathèse, elles cèdent la place à une nouvelle manifestation plus grave de cette diathèse. Et si la folie guérit, elles pourront reparaitre à titre de manifestation atténuée de l'état névropathique. Voilà sans doute pourquoi la céphalalgie n'est pas un symptôme de la folie et pourquoi on la rencontre si rarement dans un service d'aliénés.

Parmi les symptômes des auto-intoxications la céphalalgie tient une place importante. Les anciens avaient déjà constaté une relation causale entre l'aspect des urines et le mal de tête. « Ceux, disait Hippocrate, qui, pendant la fièvre, ont une urine trouble comme celle des bovidés, ont ou auront mal à la tête. » La relation qui existe entre la céphalalgie et l'urémie est universellement reconnue. La céphalalgie est souvent un nombre des symptômes de cette auto-intoxication ; peu d'individus atteints de lésions rénales y échappent ; non seulement elle accompagne la crise urémique, mais encore elle peut la précéder de quelques heures, de quelques jours ou même de quelques années.

Est-ce bien à l'urémie qu'est due la céphalalgie dans les affections des reins ? Il est possible après tout que les phénomènes qui nous paraissent dus à un empoisonnement du sang par une substance excrémentitielle soient aussi, dans une certaine mesure, attribuables à un manque de substances récrémentitielles, si, comme le veut Brown-Séquard, les reins non seulement excrètent l'urine, mais fournissent une sécrétion interne nécessaire à la composition normale du sang et au bon fonctionnement de l'organisme.

Quoi qu'il en soit, l'existence du mal de tête dans les affections des reins est une notion qui n'est pas sans importance pour les aliénistes. La constatation de la

céphalalgie parmi les prodromes de l'aliénation mentale, phénomène, comme nous l'avons dit déjà, assez peu ordinaire, peut, dans ce cas, acquérir une certaine valeur en mettant sur la voie du diagnostic. On commence à se rendre compte, en effet, que les auto-intoxications ne sont pas sans jouer un certain rôle dans la genèse de la folie, et, pour ma part, je suis disposé à croire que parmi ces auto-intoxications, l'urémie occupe une place prédominante.

Et puisque nous sommes sur le terrain de la psychologie morbide, je ne puis résister au désir de traduire quelques lignes du livre de M. Campbell se rapportant aux modifications psychiques que peut, selon lui, produire l'intoxication urémique.

« On rencontre souvent, dit-il, la néphrite interstitielle chez des hommes d'une haute intelligence, qui, en dépit de cette affection, conservent l'entier exercice de leurs facultés ; toutefois, je pense qu'elle influe d'une façon décisive sur le caractère. Elle me semble conférer quelquefois une extrême ténacité de conduite, fruit d'une obstination et d'une roideur de pensée correspondant à la rigidité des vaisseaux et des autres tissus. J'ai présents à l'esprit trois hommes remarquables, morts tous les trois de cette maladie ; ils se ressemblaient d'une manière frappante par la ténacité de leurs desseins et l'invariabilité de leurs convictions. La maladie ayant duré chez chacun d'eux douze années, il en résulte que, pendant douze ans, trois hommes célèbres, souffrant de sclérose rénale, façonnèrent l'opinion publique ; s'ils n'eussent souffert précisément de ce mal, leur influence eût été différente ; d'où il résulte que l'action modificatrice de la maladie sur le caractère a joué un grand rôle dans l'histoire de l'humanité. »

C'est ainsi, pourrait-on dire, qu'à quelque chose malheur est bon, et que ce qui est un mal pour la personne des hommes d'Etat est un bien inappréciable pour les peuples qu'ils gouvernent, puisque ce mal assure leurs destinées !

L'intoxication du sang par l'acide urique paraît plus particulièrement en rapport avec une forme spéciale de céphalalgie, la migraine. C'est du moins ce qui ressort,

d'après M. Campbell, des recherches de Haig (1). Cet auteur aurait montré que, dans les jours qui précèdent l'accès de migraine, l'excrétion d'acide urique tombe au-dessous de la moyenne, ce qui prouve qu'il est retenu dans l'organisme, tandis que, pendant la crise, il s'élève au-dessus du taux normal et est déchargé en abondance. Les symptômes de la migraine sont, au moins en apparence, en grande partie ceux de la toxémie urique : le pouls est lent et à une haute tension, les urines rares, les extrémités refroidies. Toutes ces remarques sont assurément des plus intéressantes; mais il ne faut pas oublier que la dyscrasie urique ne produit pas nécessairement la migraine, pas plus qu'elle ne produit toujours la mélancolie intermittente dont les accès s'accompagnent aussi, comme l'ont montré MM. Mabillet et Lallemand, de décharges abondantes d'acide urique (2). Une autre condition est nécessaire, condition qui domine la pathogénie de toutes les affections nerveuses et qu'on est trop porté à négliger, je veux parler de la prédisposition et de l'hérédité.

J'ajouterai à ce qui précède quelques considérations personnelles relatives précisément à la parenté de la migraine et des névralgies avec la mélancolie elle-même. J'ai constaté que, chez les ascendants et les collatéraux des mélancoliques, on trouve quelquefois la prosopalgie, plus souvent la migraine et que, dans les antécédents pathologiques des mélancoliques eux-mêmes, ces affections nerveuses se rencontrent quelquefois. Certaines femmes, migraineuses jusqu'à la ménopause, tombent, à ce moment, sous l'influence d'une cause occasionnelle le plus souvent d'ordre moral, dans la mélancolie type. D'où il est permis d'inférer que les deux syndromes ne sont dans ces cas que les manifestations successives d'une même diathèse, et peut-être d'une même auto-intoxication.

(1) *Uric acid as a factor in the causation of disease*, by Alex. Haig. London, 1892.

(2) H. Mabillet et E. Lallemand, *Des folies diathésiques*. Paris, 1891.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE SOLENNELLE DU 30 AVRIL 1894.

Présidence de M. Auguste VOISIN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Une lettre de M. Bonchaud remerciant la Société de lui avoir accordé le titre de membre correspondant ;
- 2° Une lettre de M. Francesco Azzurri remerciant la Société du rapport fait par M. Chaslin sur son travail intitulé : *Riformes et améliorations accomplies de 1862 à 1893 au manicomio de Santa Maria della Pieta à Rome.*

La correspondance imprimée comprend :

- 1° Un ouvrage de M. Paul Aubry intitulé : *Contagion du meurtre* ;
- 2° Les numéros de mars et d'avril des *Annales de Psychiatrie* ;
- 3° Le numéro d'avril de la *Revue de l'Hypnotisme*.
- 4° Le *Bulletin du manicomio privé Fleurent*.

Rapport de la Commission du prix Esquirol.

M. KLIPPEL. — Messieurs, votre Commission du prix Esquirol, composée de MM. Bouchereau, Falret, Mitivié, Ritti et Klippel, rapporteur, n'a eu, cette année, qu'à juger un seul mémoire portant pour épigraphe : « *Il n'existe qu'une seule et même épilepsie, toujours une et identique à elle-même. Chaque fois que l'attaque épilep-*

tique se produit, le cerveau est modifié d'une seule et même façon. » (Christian.)

L'auteur l'a intitulé : *Considérations cliniques sur l'étiologie et sur la nature de l'épilepsie tardive chez l'homme.*

Avant d'aller plus loin et de voir comment l'auteur a pu répondre au but qu'il se proposait, il est déjà permis de lui adresser quelques félicitations sur le choix du sujet qu'il a traité.

Si fréquente est l'épilepsie débutant dans l'enfance, si particulier est alors son aspect clinique, si saisissantes sont les conditions de sa genèse à un âge où la maladie apparaît nettement liée au développement de l'individu, que tout médecin a pu être justement surpris de rencontrer, avec une même allure clinique, des épilepsies survenant à une période de la vie si lointaine parfois du complet développement et de l'évolution définitive du tissu osseux.

Mais, comme l'indique l'épigraphe précédente, qui résume bien tout le développement que nous fournit l'auteur, il y a, malgré les différences qui séparent les malades, des liens étroits qui les réunissent par un même aspect clinique.

D'ailleurs l'auteur a pu appuyer sa manière de voir sur des travaux importants, antérieurs au sien, et même n'aurait-il pas eu beaucoup de peine à en trouver bien d'autres qui viennent corroborer ses conclusions. Peut-être l'une de ses fautes, mais aussi l'un de ses mérites, puisqu'il a su s'en passer, est de ne les avoir point connus.

Sur 120 observations d'épilepsie, l'auteur en trouve 20 qui sont tardives.

Ce qu'il s'est efforcé de démontrer à l'aide de ces 20 observations, c'est, en quelque sorte, *l'unité* de l'épilepsie.

Avant lui, les travaux du professeur Germain Sée avaient montré, étendant ainsi le groupe des épileptiques, que les convulsions de la première enfance sont liées à une épilepsie qui se développera peut-être plus tard; ceux de MM. Christian, Grasset, Féré, Bourneville, Bricon, Mairat, Lemoine et de tant d'autres, ont cherché à réunir les épilepsies et à établir leur parenté

avec les autres formes de névropathies et de dégénérescence.

L'auteur que nous analysons a en le mérite d'insister sur cette hérédité, base commune de toutes les épilepsies, normales dans leur période d'apparition ou, au contraire, tardives.

Mais ce qui l'a frappé aussi, c'est la possibilité, non de la seule attaque, mais des autres syndromes épileptiques et qu'il retrouve pareillement chez les malades, ayant passé trente ans, qu'il a pu observer; tels sont les vertiges, les phénomènes du petit mal, les délires, les tares névropathiques, les signes physiques et psychiques impliquant la dégénérescence mentale. A ce dernier point de vue, aucun de ses malades n'a offert d'exception à la loi qu'il formule.

Un tel ensemble de traits communs est pour montrer que l'épilepsie tardive évolue sur un terrain particulier, chez des sujets à aptitudes spéciales.

En réunissant ainsi les caractères communs jusque dans le détail des symptômes, il est permis de reconnaître un même trouble fonctionnel à l'origine des variétés *précoces* et *tardives*.

L'analogie qui réunit les épileptiques est peut-être moins dans les diverses maladies qui donnent naissance à l'accès que dans la localisation, au moins comme point de départ, sur un territoire donné de l'écorce, toujours le même pour un même syndrome.

Sans insister sur cette hypothèse, l'auteur énumère les maladies des parents des épileptiques tardifs, qui toujours ont des tares névropathiques; puis les maladies qui se produisent pendant la grossesse et dont l'influence agit d'une façon si défavorable sur le développement encéphalique du fœtus.

En suivant toujours la même manière d'interpréter, l'auteur nous montre, parmi ses malades, des sujets ayant eu dans l'enfance de l'incontinence nocturne des urines, présenter plus tard de l'épilepsie tardive. Or, pour lui, ce premier signe n'implique pas une attaque d'épilepsie antérieure, mais fait apparaître nettement la tare névropathique du sujet mise en évidence à un âge plus ou moins avancé par la survenance de l'épilepsie tardive.

Le retard dans l'évolution de la parole et de la den-

tion, etc., ont une même valeur significative. Mais l'attaque d'épilepsie tardive se déclare sous l'influence d'une cause occasionnelle le plus souvent bien manifeste.

On sait que pour l'enfance, MM. Marie, Lemoine, Vayssait, ont invoqué la fréquence d'une infection. Cette étiologie ne paraît pas applicable ici. Les causes occasionnelles sont le plus souvent des intoxications, particulièrement par l'alcool, l'absinthe, le plomb, etc. L'arthritisme n'agit que par ses affinités avec les névropathies.

Le paludisme semble être une cause acceptable. Enfin viennent les traumatismes, agissant par lésions profondes ou par ébranlement nerveux, et les maladies organiques de l'encéphale. Ici se place la syphilis avec son rôle toxi-infectieux dans la période secondaire et ses tumeurs à une époque plus éloignée.

A la page 31 de son mémoire, l'auteur conclut ainsi : « En somme, héréditaire, l'épilepsie tardive n'en est pas moins symptomatique, c'est-à-dire développée sous l'influence de causes bien connues, causes dont leur jeune âge préserve en général les autres épileptiques.... »

Dans un âge plus avancé, en effet, ces causes se produisent et l'épilepsie, latente jusque-là, trouve alors la condition nécessaire pour s'accuser cliniquement.

Plus loin, nous trouvons la conclusion suivante : « L'épilepsie tardive est donc une variété de la grande épilepsie qui emprunte, à l'âge auquel elle survient et aux causes qui la provoquent, quelques caractères spéciaux. »

Nous arrêterons à ce point, qui résume toute la doctrine de l'auteur, l'analyse d'un mémoire excellent qui a paru à votre Commission mériter à son auteur vos éloges et votre approbation.

En conséquence, votre Commission vous demande d'accorder le prix Esquirol à l'auteur du précédent mémoire.

Conformément aux conclusions du précédent rapport, le prix Esquirol est décerné à M. Maupaté, interne de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Éloge de Jules Cotard.

M. RITTI. — Messieurs, lorsque le médecin aliéniste a décrit jusque dans leurs moindres nuances les nombreux symptômes qui se présentent à son observation, qu'il a découvert leurs associations et modes de succession multiples, établissant ainsi l'existence de types morbides variés ; lorsqu'il a déterminé les causes immédiates ou éloignées de la folie et essayé d'amener la guérison de ce mal redoutable, son œuvre, quelle que soit son étendue, n'est pas achevée. S'il est philosophe, curieux de la « nature des choses », il ne se contentera pas de ces connaissances de surface ; poussant plus avant ses recherches, il voudra trouver l'explication de ces troubles de l'esprit, soit qu'il les rattache à un fait biologique ou psychologique plus général, soit qu'il analyse avec exactitude les conditions de leur production afin d'en mieux saisir le mécanisme.

Depuis plus de trois mille ans qu'il y a des médecins et qui pensent, ce problème de la folie, si étrange et si irritant à la fois, a reçu bien des solutions ; les théories ont succédé aux théories, empruntées toutes aux idées philosophiques ou médicales ambiantes. Leur étude est sans contredit un des chapitres les plus curieux et les plus instructifs de l'histoire des variations de l'esprit humain.

Ces spéculations, parfois bizarres, souvent hasardées, ne sont cependant ni vaines ni stériles, comme on est trop porté à le croire. Et d'abord cette tendance à tirer des idées générales de faits particuliers, répond à un besoin, en quelque sorte inné, de notre organisation mentale. D'autre part, ces mêmes idées générales, qu'on accuse d'immobiliser la science en l'emprisonnant dans une formule, deviennent à leur tour génératrices de progrès. En soulevant des discussions passionnées, elles ont l'heureux privilège d'exciter l'ardeur de la recherche, d'agrandir notre horizon intellectuel, même de mettre sur la voie de vérités inattendues ; et c'est ainsi que ces théories si dédaignées, qui, pour la plupart, n'ont qu'une existence éphémère, contribuent à étendre et à appro-

fondir notre savoir ; elles passent, mais elles ont fait augmenter la science.

La pathologie mentale, comme toutes les sciences d'observation, doit donc éviter cet écueil si dangereux de l'empirisme qui se borne à la constatation des faits. Pour progresser, pour arriver à établir des lois, c'est-à-dire des rapports de succession ou de coexistence entre les phénomènes qu'elle étudie, il lui faut recourir à une série d'hypothèses positives, vérifiables, lui permettant de serrer de plus en plus près la vérité, but constant de nos efforts et de nos recherches.

Ces principes, qui dirigent les savants dans la voie des découvertes, furent ceux d'un de nos collègues regrettés, trop tôt enlevé à la science qu'il cultivait avec tant de talent et d'élévation. « Esprit profond et original, à la fois philosophique et clinicien », il se refusait à n'envisager la médecine mentale que comme une simple collection d'observations cliniques plus ou moins originales, cataloguées en genres, espèces et variétés distinctes ; ces troubles intellectuels qui constituent la folie, il s'efforça de les apprécier théoriquement, de les expliquer à l'aide des données fournies par l'étude de l'état normal. S'inspirant de l'idée fondamentale de Broussais, il s'exprimait ainsi dans cette enceinte : « La science de l'homme comprend aussi bien la santé que la maladie, ce serait la mutiler que de n'en considérer qu'un côté restreint ; enfin, on ne peut comprendre un état pathologique qu'à la condition de connaître l'état normal. » Il voulait parler nécessairement de la connaissance scientifique de l'état normal de l'intelligence, de la physiologie psychique, non de cette psychologie métaphysique vaine et stérile, dont l'influence sur la pathologie mentale a pu être avec raison qualifiée de nuisible.

Les travaux que lui inspira cette méthode, font le plus grand honneur à notre collègue ; son œuvre reste malheureusement inachevée ; une mort, cruelle entre toutes, l'a interrompue au moment où elle allait recevoir tout son développement. Mais, hâtons-nous de le dire, elle n'est pas restée inféconde, car elle a trouvé des continuateurs dignes d'elle.

Les services rendus à la science méritent assurément

toute notre admiration ; mais combien plus vive est cette admiration lorsqu'à l'éminence des facultés intellectuelles se joint la supériorité morale ! Cet heureux mélange se rencontre chez le savant distingué dont j'ai pris à tâche de faire revivre devant vous la noble et attachante figure ; sa vie entière, sa mort même en portent témoignage.

Jules Cotard naquit à Issoudun (Indre), le 1^{er} juin 1840, d'une famille protestante aux mœurs simples et sévères. Il tenait surtout de sa mère, femme remarquable par l'intelligence et le caractère, d'une culture d'esprit très étendue, d'une bonté et d'une douceur inaltérables. Tous ceux qui l'ont approchée se rappellent cette figure un peu austère qu'éclairait un sourire triste, mais bienveillant ; ils se souviennent aussi de l'ascendant moral qu'elle exerçait — qu'elle exerce encore — sur tous les siens, qui entourent la mère, l'aïeule, de leur tendresse respectueuse, de leur affectueuse vénération.

Son père était imprimeur-libraire ; par sa droiture et sa probité, il s'était acquis l'estime de ses concitoyens. Grâce à son activité, à son entente des affaires, l'aisance régnait dans la famille. Esprit éclairé, il voulut donner à ses fils une instruction complète et les pousser dans les carrières libérales ; il leur fit commencer les études classiques au collège d'Issoudun. Le jeune Jules, qui, dès son enfance, avait montré un caractère sérieux et réfléchi, fit de rapides progrès, ainsi que le prouvent ses succès de fin d'année.

Arrivé dans les classes supérieures, il fut envoyé dans une institution dirigée par M. Janffret, un de ses parents, et dont les internes suivaient les cours du lycée Charlemagne. L'élève fut digne de ses maîtres, il termina brillamment ses études scolaires et conquist la même année, à quelques mois d'intervalle, les deux baccalauréats, d'abord celui des sciences, puis celui des lettres.

Ses hésitations sur le choix d'une carrière ne furent pas longues ; ses goûts, ses aptitudes, la curiosité scientifique, l'espoir de pouvoir être utile à autrui, tout le poussait vers la médecine. Il s'inscrivit à la Faculté de Paris. Ses études médicales furent solides et brillantes ; les dix années qu'il y consacra ne profitèrent pas seule-

ment à son instruction spéciale, professionnelle, mais aussi à son instruction générale. Il n'était pas de ces esprits qui se cantonnent dans le cercle étroit de la pratique; il voyait plus haut et plus loin. La médecine, qui a de si fortes assises dans les sciences physiques et biologiques, confine d'autre part aux plus hautes spéculations sociales et morales; si elle est d'un secours indispensable à ces dernières, celles-ci à leur tour lui servent de stimulant et, souvent, lui indiquent de nouvelles recherches à entreprendre.

Cotard, qui avait conscience du rôle élevé du médecin et de son art, se livrait, pour le remplir dignement, à un travail continu, acharné; l'amphithéâtre et l'hôpital ne voyaient pas d'élève plus assidu. Son zèle fut récompensé: il fut nommé interne des hôpitaux au concours de 1863, le treizième sur trente-cinq. Il avait pour camarades de promotion, trois membres de cette Société, MM. Bouchereau, Maguan et Menriot; parmi les autres, il en est plusieurs qui ont acquis une juste notoriété: M. le professeur Hayem, MM. Prévost (de Genève), Albert Regnard, etc.

« Les jeunes gens qui arrivent à l'internat, triés par un examen, sont généralement studieux et désireux d'employer utilement les quatre années qui leur sont dévolues. On se lie, on étudie ensemble, on discute les cas et les méthodes, on juge les maîtres, et, la médecine offrant tant d'occasions de philosopher, on philosophe. » Cette esquisse de l'internat, en 1826, tracée par E. Littré (1), est — il faut l'espérer, du moins — encore exacte aujourd'hui, elle l'était certainement à l'époque de Cotard. Comme leurs aînés, les internes de sa génération, dont quelques-uns sont les maîtres d'aujourd'hui, se livraient au travail avec passion, et à la controverse avec délice. Les salles de garde retentissaient du bruit de leurs discussions; ces propos de table où l'on pense tout haut, où l'on parle sans se gêner, et où l'on ne se formalise pas d'être contredit, ont leur charme; ils sont aussi une excellente gymnastique de l'esprit. Les circonstances, d'ailleurs, étaient favorables et excitaient les esprits aux joutes philosophiques.

(1) E. Littré, *Médecine et médecins*, 1^{re} édit. Paris, 1872. p. III.

L'Empire qui, né d'un coup d'Etat, n'avait jusque-là gouverné que par un système de compression, crut devoir octroyer un peu de cette liberté qu'il avait confisquée treize ans auparavant. La lutte des idées, si nécessaire au progrès, pouvait de nouveau, timidement il est vrai, se produire au grand jour. Les doctrines philosophiques, adversaires de la philosophie officielle, trop longtemps condamnées au silence, la plus cruelle des persécutions, en profitèrent pour affirmer leur existence, défendre leurs idées. La jeunesse des Ecoles prit parti, et on la vit, avec cette ardeur généreuse qui la caractérise, se jeter dans la mêlée, soit en manifestant bruyamment, soit, ce qui valait mieux, par des publications périodiques où elle discutait, avec enthousiasme, mais non sans profondeur, les difficiles problèmes qu'on agitaient autour d'elle.

Cotard assistait avec le plus vif intérêt à ce conflit d'opinions, les plus grandes hardiesses de la pensée ne lui déplaisaient pas ; ses connaissances, ses lectures philosophiques lui permettaient de juger des coups que se portaient les combattants, de redresser ce qu'il y avait de faux ou d'exagéré dans leurs polémiques. Ses jugements, pour tranchés qu'ils fussent parfois, ne respiraient cependant pas le scepticisme : une intelligence aussi sérieuse, aussi réfléchie, ne se laisse pas bercer, ni ne s'endort sur le « mol oreiller du doute » : elle a soif de certitude, ou mieux de convictions ; il lui faut de ces notions suprêmes et directrices, satisfaisant à la fois l'esprit et le cœur, servant de guide assuré dans la conduite. Ces notions, un heureux hasard les avait mises sur son chemin, à cet âge critique de la jeunesse studieuse où se produit une évolution intérieure, où les croyances surnaturelles, mises en discussion, sont le plus souvent abandonnées sans retour.

Cotard était en vacances à Issoudun, où la lecture était sa principale distraction. Parmi les ouvrages en vente dans la librairie de son père, s'en trouvait un dont le titre le frappa : c'était une *Exposition abrégée et populaire de la philosophie et de la religion positives* (1). Il

(1) Célestin de Balignières, *Exposition abrégée et populaire de la philosophie et de la religion positives*. 1 vol. in-12. Paris, 1857.

l'ouvrit avec curiosité, le feuilleta non sans crainte de désillusion ; mais, à mesure qu'il avançait dans sa lecture, il fut entraîné : lui qui aimait la science avec passion, il déconvenait une philosophie, embrassant les sciences et leur enchaînement, les sociétés et leur développement, avec, comme couronnement, une morale ayant pour base la connaissance réelle de la nature humaine, et pour but le dévouement à autrui et le culte des grands hommes.

L'impression ressentie fut profonde et durable. Son enthousiasme ne diminua pas, lorsque, voulant remonter à la source de la doctrine, il entreprit la lecture des œuvres de son fondateur. Comme tant d'autres de sa génération, il fut subjugué par le génie d'Auguste Comte, ce penseur qui domine de si haut son siècle qu'on peut lui appliquer la simple et grande phrase de Dante, et le ranger, au même titre qu'Aristote et Descartes, parmi les maîtres de ceux qui savent.

Son adhésion devint alors complète, sans réserve ; car, comme le dit si bien Sainte-Beuve de Littré : « Les convictions, dans ces âmes si fermes, si ardentes sous leur apparente froideur, ne se comportent pas comme les simples opinions dans les âmes ordinaires et communes, on distingue, mais tièdes, elles ne flottent pas, elles mordent à fond ; elles sont sujettes à une entière fixité et adhérence ; une fois qu'elles prennent, elles ne cessent plus (1). »

Mais plus encore peut être que le travail et la réflexion, ses entretiens avec l'auteur de l'*Exposition* qui l'avait initié au positivisme, le confirmèrent dans ses idées. M. C. de Bagnières, un disciple de Comte de la première heure, ancien élève de l'Ecole polytechnique, suivait, sur les conseils de son ami le professeur Ch. Robin, les cours de la Faculté de médecine afin de compléter son éducation encyclopédique par des études de biologie. Il se mêlait volontiers à l'élite des jeunes gens qui l'entouraient, recherchant surtout la société de ceux qui avaient des tendances aux idées générales. Ils tiraient d'ailleurs grand profit de la conversation de ce penseur, à la tournure d'esprit originale, à l'érudition

(1) Sainte-Beuve : *Nouveaux lundis*, t. V. Paris, 1866, p. 235.

vaste et sûre, qui s'était complètement identifié avec la doctrine qu'il professait. Cotard, comme tout néophyte, saisissait toutes les occasions propres à fortifier et à éclairer sa nouvelle foi philosophique; il désira de se lier avec M. de Blignyères; la parfaite communion d'idées rendit ces relations faciles, elles devinrent bientôt quotidiennes et ce « commerce familial de la pensée » eut sur son développement intellectuel la plus salubre influence.

L'étude de ces crises intimes sont du plus haut intérêt pour la connaissance de la nature morale de certaines personnalités. Les âmes vigoureuses sortent de la lutte avec des principes solides et invariables, qui, autant peut-être que l'éducation familiale, donnent à leur vie cette unité, à leur caractère cette sérénité, que nous admirons tant chez Cotard.

Ces incursions dans le domaine de la philosophie, loin de ralentir, excitaient au contraire son zèle pour la science. Après quelques hésitations au début de son internat, après avoir fait même, pendant une année, de la chirurgie pour laquelle il ne se sentait aucune aptitude, il finit par trouver sa voie. Il devint interne de la Salpêtrière où il eut pour maîtres Charcot et Vulpian, pour collègues et amis, MM. Bouchard et Prévost (de Genève). Il fut un des ouvriers de la première heure de cette Ecole, qui, depuis, sous la haute direction et grâce aux remarquables travaux de son illustre chef, eut des destinées si brillantes.

Il s'y passionna pour les recherches sur la pathologie du système nerveux, qui, déjà, y était en honneur, avec la conviction qu'elles pourraient donner un jour la solution de ces problèmes délicats de la nature humaine que la philosophie cherche en vain depuis des siècles, en dehors de la méthode scientifique.

L'hospice de la Salpêtrière, « ce grand *emporium* des misères humaines », est tout spécialement approprié à ces difficiles études : pour champ d'observation, toute la gamme des affections nerveuses et la folie sous ses multiples formes; la facilité de faire des autopsies; les ressources de laboratoires bien outillés. Cotard sut mettre à profit ces exceptionnelles conditions de travail; il se familiarisa avec la méthode anatomo-clinique,

dont Charcot tirait de si merveilleux résultats et qui est bien supérieure à l'expérimentation pour déterminer les fonctions du système nerveux. Il recueillait avec le plus grand soin les faits qui se présentaient à son examen, notant avec précision les moindres troubles ; puis, lorsque la mort survenait, il cherchait sur le cadavre à établir la corrélation existant entre les lésions qu'il découvrait et les phénomènes morbides observés pendant la vie. Il réunit ainsi une somme considérable de documents sur les sujets les plus divers, qu'il utilisait dans des communications à la Société anatomique ou à la Société de biologie, mais surtout à cette dernière qu'il considérait — et avec raison — comme une émanation du positivisme.

C'était au mois de mai 1848, Paris venait de renverser un trône ; il vivait au milieu des manifestations et des émeutes, en attendant cette formidable insurrection de juin qui devait mettre la société à deux doigts de sa perte. Mais les agitations de la politique, quelque troublantes qu'elles soient, ne sauraient entraver la marche de la science. Plusieurs médecins et naturalistes, parmi lesquels Claude Bernard, Charles Robin, Segond, Liebert, tous plus ou moins pénétrés de la doctrine de Comte, se réunirent chez Rayer et décidèrent de « former une Société dans le but d'étudier, avec des vues d'ensemble et par les voies de l'observation et de l'expérimentation, les phénomènes qui se rattachent à la science de la vie, à la biologie, tant normale que pathologique ». Robin traça de main de maître le programme de la nouvelle Société, qui a été fidèlement suivi jusqu'à nos jours, ainsi que le prouve la collection des comptes rendus et mémoires publiés depuis son origine.

Cotard assistait régulièrement à ses séances et n'y venait pas toujours les mains vides. Sa première présentation importante fut, en 1865, un travail fait en collaboration avec son maître Charcot : « Sur un cas de zona du cou avec altération des nerfs du plexus cervical et des ganglions correspondants des racines spinales postérieures. » C'est une contribution importante à l'étude des troubles trophiques consécutifs à l'inflammation des nerfs spinaux.

Deux questions fondamentales de pathologie nerveuse

étaient alors à l'ordre du jour de l'Ecole de la Salpêtrière, tous les efforts convergeaient pour les résoudre : l'hémorragie et le ramollissement du cerveau, leur pathogénie et leur thermométrie clinique. Sur la première, on connaît les importants travaux de Charcot et Bouchard ; pour la seconde, elle a été étudiée avec soin par Cotard et son ami Prévost, aidés des conseils de leurs maîtres Charcot et Vulpian, qui leur fournirent de nombreux documents avec une libéralité digne d'éloges.

Les conclusions auxquelles les deux jeunes savants arrivèrent dans leurs recherches sont basées sur deux sortes de preuves, les unes empruntées à la méthode expérimentale, les autres à l'observation clinique.

Grâce à des procédés d'une extrême délicatesse, ils parvinrent à produire chez les animaux des embolies qui amenaient des ramollissements identiques à ceux que l'on observe chez l'homme ; ils purent suivre ainsi ce processus morbide aux diverses périodes de son évolution, depuis l'hyperémie du début et la dégénération nécrobiotique qui lui succède, jusqu'à la production du tissu conjonctif et la formation de plaques jaunes.

Se reportant ensuite à leurs observations cliniques et aux résultats de leurs autopsies, ils retrouvèrent des ramollissements constitués par un processus morbide très analogue à celui qu'ils avaient produit artificiellement chez le chien. Ces ramollissements sont causés par des troubles circulatoires de nature ischémique, qui, eux, ont pour point de départ, tantôt une oblitération artérielle par thrombose ou par embolie, tantôt la seule dégénérescence athéromateuse des artères cérébrales, tantôt, peut-être, une embolie capillaire plus ou moins généralisée.

Le ramollissement cérébral n'est donc pas un processus inflammatoire, ainsi que le prouve d'ailleurs l'absence d'élévation de la température ; il est dû — personne ne le conteste plus aujourd'hui — à la cessation de l'irrigation sanguine d'un territoire plus ou moins étendu du cerveau ; c'est à cette interruption de la circulation, et non à la congestion, qu'il faut attribuer ces symptômes si fréquents chez les vieillards, le simple étourdissement, l'attaque accompagnée de paralysie, enfin les désordres de la sensibilité et de l'intelligence.

Ce mémoire, qui touche à un des points les plus importants de la pathologie générale des maladies du cerveau et qui y apporte une solution si satisfaisante, fut communiqué à la Société de biologie, dans les séances de décembre 1865; il y fut très goûté et valut à leurs auteurs d'être nommés membres titulaires de cette savante Compagnie. Une récompense non moins enviable leur fut décernée par l'Académie des sciences qui, dans sa séance solennelle du 18 mai 1868, leur accorda, sur le rapport de Ch. Robin, une citation honorable du Prix de médecine et de chirurgie.

Comme couronnement d'études médicales aussi brillantes, Cotard choisit pour sujet de thèse l'atrophie cérébrale au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Il s'appliqua à démontrer que cette affection du cerveau n'est pas, à proprement parler, une espèce morbide distincte, mais le terme auquel aboutissent, après un temps plus ou moins long, diverses maladies cérébrales, entre autres le ramollissement, l'apoplexie, l'hémorragie méningée, ou encore l'encéphalite traumatique. Ces maladies déterminent la diminution de volume d'une portion de l'organe de la pensée, tantôt directement, en produisant de vastes pertes de substance, tantôt indirectement, en étant le point de départ d'un travail atrophique, souvent d'une sclérose envahissante qui s'étend à tout l'hémisphère.

De telles lésions des éléments nobles de l'organisme ont-elles nécessairement un retentissement fâcheux sur l'intelligence? De l'examen raisonné des nombreux faits cliniques qu'il réunit, Cotard se croit « en droit de conclure tout d'abord que, lorsqu'un hémisphère cérébral a été détruit pendant la première enfance, l'autre hémisphère peut le suppléer dans ses fonctions, et qu'il suffit de l'un quelconque des deux hémisphères pour l'exercice sensiblement normal des facultés de l'esprit ». Peut-être même pourrait-on ajouter que cette altération n'empêche nullement le génie; car, si on en croit l'histoire, Bichat, l'illustre fondateur de l'anatomie générale, présente, après sa mort, à l'examen pieux de ses confrères, une si grande inégalité de volume entre les deux hémisphères de son cerveau, que l'un pouvait bien être considéré comme atrophié relativement à l'autre.

Cette thèse remarquable, qui fut récompensée par la Faculté de médecine, classait définitivement Cotard parmi les plus distingués de ces jeunes docteurs, issus du corps de l'internat des hôpitaux, en qui les maîtres, soncieux du progrès scientifique, mettent toutes leurs complaisances. Tous ceux qui le connaissaient appréciaient son esprit réfléchi, la rectitude de son jugement, son grand sens clinique et ses connaissances variées ; tous aussi lui prédisaient un brillant avenir et des succès certains s'il suivait la voie des concours.

Il devait sourire de ces horoscopes tirés sur lui, car il n'était pas ambitieux ; s'il avait une passion, ce n'était pas celle de la gloire, mais celle des sciences. Selon la forte expression de Vauvenargues, il ne cherchait pas à « se former comme un nouvel être hors de lui », mais s'attachait plutôt « à étendre et à cultiver son fonds », ce qui n'est guère un moyen de parvenir.

Débarrassé de ses examens et de sa thèse, il voulut d'abord se reposer ; il se réfugia à la campagne, en plein Berry, emportant avec lui ses chers philosophes et, en particulier, Aug. Comte, qu'il s'était vu dans la nécessité de délaisser momentanément pour terminer ses études médicales. Il adorait cette solitude au milieu des champs, si favorable à la lecture, à la méditation ; il se trouvait heureux ainsi, loin des agitations du monde, des intrigues des ambitieux, lorsque la guerre éclata entre la France et l'Allemagne. Simplement, sans bruit, sans ostentation, il fit, durant ce sombre hiver, son devoir comme chirurgien dans un bataillon de marche ; puis, lorsque la paix fut conclue avec l'étranger et le calme rétabli à l'intérieur, il revint à Paris et s'y installa.

Il était arrivé à cet âge — il avait trente ans — où il importe de se fixer, de prendre situation devant ses contemporains. Après mûres réflexions et non sans avoir quelque peu hésité, il se décida à se préparer aux difficiles épreuves du concours des hôpitaux. Tout en essayant de faire de la clientèle, il se remit courageusement au travail, suivant assidûment, le matin, les cliniques et, le soir, les conférences ; il pratiquait, en un mot, cet entraînement physique et moral si nécessaire à ces luttes où la victoire n'appartient pas toujours au plus savant, mais au plus habile.

Une circonstance heureuse vint l'arracher à ces préoccupations. Malgré les obstacles, son penchant le ramenait toujours vers ses études premières, les maladies du système nerveux et les troubles psychiques qui les accompagnent ; il saisissait toutes les occasions lui permettant de les compléter.

Tous les aliénistes connaissent ce petit cabinet de la Préfecture de police, véritable sous-sol, où, pendant plus de trente ans, le professeur Lasègne examina les aliénés amenés journellement de tous les coins de Paris. C'est là qu'il fallait voir avec quelle dextérité ce maître observateur savait tourner et retourner une intelligence malade, la manier en tout sens jusqu'à ce qu'elle eût exprimé les idées délirantes qui l'obsédaient. Il aimait à attirer à cette clinique toute privée, mais d'une remarquable richesse, les jeunes médecins qui manifestaient du goût pour l'aliénation mentale. Il en profitait pour leur appliquer à eux-mêmes, mais à leur insu, ses merveilleuses qualités d'analyste psychologique ; il les pénétrait, mesurant avec justesse leurs capacités intellectuelles et leur valeur morale.

Cotard était un des plus assidus à cet enseignement intime, j'allais dire mutuel, qu'il considérait avec raison comme une excellente école de perfectionnement ; et, de fait, par le nombre et la variété des malades, on ne pouvait en trouver une meilleure pour l'étude de la folie sous toutes ses formes.

Le maître, de son côté, étudiait avec curiosité son élève ; il fut heureux de découvrir en lui ce grain d'originalité qu'il recherchait toujours dans l'esprit qu'il analysait ; il appréciait surtout son caractère froid, sérieux, réservé, qualité d'un si grand prix dans certaines positions difficiles et délicates. Aussi, lorsque notre excellent collègue et ami, M. Jules Falret, le pria de lui trouver un collaborateur dans la direction de la maison de santé de Vanves, Lasègne n'hésita pas longtemps dans son choix ; parmi les jeunes médecins qui l'entouraient, Cotard lui parut le plus apte à la fonction ; il le fit agréer et s'en félicita maintes fois en voyant son protégé à l'œuvre. En rapprochant ainsi ces deux natures élevées, mais dissemblables sur tant de points, il savait bien qu'elles se compléteraient l'une par l'autre ; d'ailleurs,

l'harmonie dans les relations humaines ne naît-elle pas des contrastes ?

Le rôle du médecin n'est pas le même dans la maison de santé privée que dans l'asile public d'aliénés. Ici, tout est soumis à une réglementation étroite et minutieuse, qui ne laisse place ni au caprice ni à l'arbitraire. Chaque heure du jour a son emploi, chaque jour de la semaine ses occupations spéciales : si le médecin fait sa visite quotidienne à heure fixe, les parents ne voient leurs malades qu'à des jours déterminés. Tout, en un mot, est si bien ordonné que la moindre modification à la marche habituelle porterait un trouble profond dans les rouages de ce mécanisme compliqué.

Dans la maison de santé privée, au contraire, un règlement invariable serait une chimère, car jamais il ne pourrait être appliqué, tout y étant livré aux incidents multiples du dedans et du dehors. Le médecin est, en quelque sorte, l'esclave des mille exigences de ses pensionnaires et surtout de leurs familles, qui, tous les jours et à toute heure de la journée, se croient autorisées à venir le déranger pour lui parler de ceux qu'elles ont confiés à ses soins. Sans doute, ces relations plus fréquentes, plus intimes avec les malades et les parents, présentent quelques avantages, surtout au point de vue de l'étude psychologique des uns et des autres, et permettent de suivre avec soin la genèse familiale — héréditaire ou autre — des troubles délirants, dont l'étude est d'un si grand intérêt au point de vue social.

Cotard s'était fait dès les premiers jours la plus haute idée de la tâche qui lui incombait, et, comme il était surtout et avant tout l'homme du devoir, il n'épargna rien, ni efforts ni peines, pour la remplir dignement, complètement, y apportant ces sentiments de bienveillance et d'humanité, ce calme et cette douceur inaltérable qui rehaussent encore le rôle du médecin. En face des difficultés suscitées par les malades et les familles, jamais il ne manifesta le moindre signe d'impatience ou de mauvaise humeur ; il écoutait toujours avec une grande impassibilité les récriminations — et l'on sait si elles sont nombreuses — des uns et des autres, y faisant droit, si elles étaient justifiées, dans la mesure du possible.

Cette existence, toute d'activité et de dévouement, lui plaisait ; elle lui donnait la satisfaction intime du devoir accompli, elle lui procurait la sympathie affectueuse de tout son entourage et, ce qu'il prisait au-dessus de tout, l'estime et l'amitié de son maître, M. Falret, qui avait en lui la confiance la plus absolue.

Pendant quinze ans, depuis le mois d'août 1874 jusqu'à sa mort, Cotard vécut ainsi à Vanves, entre ses malades et ses livres, quittant les uns pour les autres, mais trouvant partout des sujets de méditation et de recherches. Il aimait à creuser les questions qui s'imposaient à son esprit, pendant les longues promenades dans le vaste et magnifique parc de la maison de santé, que nécessitaient ses fréquentes visites médicales. De ces promenades, de ces longues stations auprès des pensionnaires, sont sortis les travaux cliniques d'une si grande importance qu'il a publiés sur certains points controversés de la médecine mentale.

Un fait qui se présenta à son observation lui permit de revenir sur la question des relations du diabète avec l'aliénation mentale. La plupart des auteurs admettent — et avec raison — que la glycosurie provoque un état psychique particulier, caractérisé surtout par des inquiétudes pour l'avenir, une sorte d'angoisse morale, des idées de ruine ; que, même dans certains cas, ce cortège symptomatique prend les proportions d'une véritable vésanie pouvant se terminer par le suicide. Il est établi d'autre part que les violentes émotions morales peuvent causer le diabète ; pourquoi celui-ci ne succéderait-il pas à la folie qui amène de si graves perturbations dans la sphère des sentiments affectifs ? Les faits de ce genre sont exceptionnels, on les compte dans la science. Celui publié par Cotard est des plus curieux. Il s'agit d'un homme, jeune encore, qui présenta tous les symptômes d'une mélancolie rémittente avec agitation, idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, etc., et qui, après trois ans de cet état vésanique, fut pris de glycosurie. Celle-ci mit en quelque sorte en fuite les idées délirantes, provoquant la guérison d'une maladie mentale, à tous égards très sérieuse et d'un pronostic défavorable.

Le diabète a-t-il, dans ce cas, alterné avec la folie ? ou plutôt, invoquant la doctrine des crises, faut-il admettre

que celle-ci s'est jugée par la glycosurie ? Nos maîtres du commencement du siècle, Esquirol entre autres, n'auraient pas hésité d'accepter cette dernière hypothèse. Cotard a trouvé plus prudent de ne rien conclure d'une seule observation, se fondant sur le célèbre adage de jurisprudence : *Testis unus, testis nullus*.

La mélancolie est, sans contredit, celui des sujets de médecine mentale qui, depuis un siècle, a été creusé le plus souvent. Qui oserait dire qu'il est épuisé ? Le clinicien et le psychologue y reviennent sans cesse, et pour peu qu'ils s'obstinent dans leur exploration, ils n'en sortent jamais les mains vides. N'est-ce pas dans cette forme de vésanie que les troubles de la sensibilité physique et morale sont le plus nombreux et le plus fréquents, constituant ainsi un milieu exceptionnellement favorable au développement d'idées délirantes variées ?

Cotard, comme tant d'autres, fut séduit, attiré par ce sujet si complexe, si difficile, en même temps que très délicat. Pour l'étudier avec plus de fruit, il employa la méthode qu'on pourrait appeler la méthode des cas exceptionnels ; il était, en effet, convaincu que l'analyse des faits n'entrant dans aucun des cadres admis n'est pas un simple appât d'une vaine curiosité, mais qu'elle fournit en maintes circonstances et d'une façon inattendue la solution de problèmes qui semblaient insolubles. En cela, il était de l'avis de son maître Charcot qui, lui aussi, s'attardait volontiers à ces cas exceptionnels, les comparant « à ces espèces perdues ou paradoxales que le naturaliste recherche avec soin, parce qu'elles établissent la transition entre les groupes zoologiques ou qu'elles permettent de débrouiller quelque point obscur d'anatomie et de physiologie philosophiques (1) ».

On connaît la description magistrale que, le premier, Baillarger donna du délire hypocondriaque dans la périencéphalite chronique, et où il nous montre ces malades qui croient que leurs organes sont changés, détruits ou complètement obstrués ; qui prétendent qu'ils n'ont

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière*, recueillies et publiées par Bourneville, 2^e édit., t. I. Paris, 1875, p. 277.

plus de bouche, plus de ventre, plus de sang, ou bien que leur pharynx est bouché, leur estomac complètement plein, leur ventre barré, etc. L'éminent maître considérerait ce délire comme un privilège des paralytiques généraux ; c'était là une théorie exclusive qu'une observation clinique plus précise devait entamer. Et, de fait, ces idées hypocondriaques d'un caractère si spécial se retrouvent dans certaines variétés de mélancolie et, en particulier, dans la démonomanie.

Cotard en eut sous les yeux un cas exceptionnel. C'était une malade qui affirmait ne plus avoir ni cerveau, ni nerfs, ni poitrine, ni estomac, ni boyaux ; il ne lui restait plus que « la peau et les os du corps désorganisé ». Il ne s'agissait pas d'une paralytique générale, mais d'une mélancolique anxieuse qui, à ce délire hypocondriaque, joignait des idées de négation et d'immortalité, sans compter d'autres symptômes plus secondaires.

Une association de préoccupations délirantes si curieuses et, à certains égards, extraordinaires, pouvait faire réfléchir un esprit moins avisé que Cotard. Pour lui, elle était un sujet de constantes méditations, et s'il n'en tira pas tout de suite ce qu'elle contenait, c'est qu'il était indispensable que des faits analogues vinssent en quelque sorte vivifier et corroborer les hypothèses qu'il était porté à émettre.

Dans une première communication, où se trouve relaté le fait que nous venons de résumer, il s'attache avant tout à mettre en relief, outre le délire hypocondriaque, l'idée d'immortalité qui, dans certains cas, paraît se déduire du premier suivant une certaine logique. Et, en effet, les malades vous affirment « qu'ils ne mourront pas, parce que leur corps n'est pas dans les conditions ordinaires d'organisation, que s'ils avaient pu mourir, ils seraient morts depuis longtemps ; ils sont dans un état qui n'est ni la vie, ni la mort ; ils sont morts vivants ». Et Cotard en conclut que, chez ces malheureux, « l'idée d'immortalité est véritablement, et quelque paradoxal que cela puisse paraître, une idée hypocondriaque ; c'est un délire triste relatif à l'organisme ; ils gémissent de leur immortalité et supplient qu'on les en délivre ».

La malade qui lui servit en quelque sorte de prototype pour ses recherches sur la mélancolie, présentait, nous

l'avons dit, des idées de négation ; elle ne niait pas seulement l'existence de ses organes, mais encore les « idées métaphysiques qui étaient naguère l'objet de ses plus fermes croyances ; elle n'a pas d'âme, Dieu n'existe pas, le diable non plus ». Ce fait auquel il n'attacha d'abord qu'une importance secondaire, devait en prendre une très importante à la suite d'observations nouvelles.

Il constata, en effet, qu'ils n'étaient pas rares les malades qui opposent une négation formelle et systématique à toutes les questions qu'on leur pose ; il décrit avec soin cette idée morbide et en indiqua les limites. Mais en appelant l'attention sur ce qu'il a appelé le *délire des négations*, Cotard n'a pas eu la prétention de créer un type morbide nouveau ; encore moins a-t-il voulu encombrer d'une entité nouvelle la classification des maladies mentales. Nous sommes heureusement loin de l'époque où chaque acte morbide, chaque idée délirante constituait une monomanie distincte ; et c'est à l'étude attentive des phases successives des affections mentales que nous devons, et des idées plus justes sur la notion de maladie en psychiatrie, et la création de formes naturelles de folie. Partant de ces principes, Cotard s'applique surtout dans son travail à faire ressortir la signification pathologique du délire des négations et à bien démontrer qu'il n'est d'ordinaire qu'une phase — et la phase ultime — d'une forme de mélancolie assez fréquente, la mélancolie anxieuse ; comme l'a si justement fait remarquer M. J. Falret, il est à cette affection mentale ce que le délire des grandeurs est au délire de persécution.

Par quelle évolution délirante ces mélancoliques anxieux arrivent-ils au délire des négations ? On peut dire, en règle générale, que le mélancolique, souffrant, dès le début de sa maladie, d'une sorte d'affaissement de toutes les facultés intellectuelles et morales, finit presque toujours par avoir honte et même horreur de sa propre personne ; il regrette son intelligence évanouie, ses sentiments éteints, son énergie disparue. Bientôt il prétend qu'il n'a plus de cœur, plus d'affection pour ses parents et ses amis, etc. « Dans ces cas légers, dit avec raison Cotard, il existe déjà comme un voile à travers lequel le malade ne perçoit plus la réalité que d'une manière confuse ; tout lui paraît transformé. A mesure que l'état

maladif devient plus intense, ce voile s'épaissit et, dans le cas de stupenr, finit par masquer entièrement le monde réel. » Si le délire mélancolique s'accroît, le dégoût de soi-même arrive vite au délire de culpabilité et de damnation, les craintes deviennent des terreurs ; la réalité extérieure transformée et confusément perçue finit par être niée.

Dès son apparition, le mémoire si rempli de faits et d'idées que Cotard consacra à l'étude de ce délire des négations, fut vivement goûté ; comme toute nouveauté, il fut aussi très diversement commenté. Sans doute, on discutera les limites, la fréquence, les causes de ce délire, et il est à désirer qu'on le fasse sans passion et à l'aide de documents cliniques pris avec soin et impartialité ; mais quelles que soient les modifications, les améliorations apportées à cette œuvre de notre regretté collègue, elle lui survivra, parce qu'elle est prise sur le vif de la réalité et qu'on en peut journellement contrôler l'exactitude.

Lorsqu'un esprit chercheur a découvert un filon productif, il ne l'abandonne qu'après lui avoir fait rendre tout ce qu'il contient. L'étude de la mélancolie est une mine très riche, qui est loin d'être épuisée. En continuant ses fouilles, Cotard fut très surpris de voir que ces aliénés anxieux, hypochondriaques, immortels, aux allures si humbles, finissent par arriver à un état d'esprit qui constitue comme le pôle contraire de leur humilité. « L'idée d'être un grand coupable, d'avoir commis tous les crimes, d'être le diable, d'avoir une puissance infernale, etc., aboutit à une sorte de pseudo-mégéromanie. » Mais, dans ce cas, le malade, impuissant pour le bien, se sent tout puissant pour le mal ; il est Satan, il est l'Antéchrist. Ses moindres actes ont des effets incommensurables. S'il se croit immortel, il n'est pas seulement infini dans le temps, mais aussi dans l'espace. Il est immense, sa taille est gigantesque, sa tête va toucher aux étoiles. Il est, en un mot, dans l'énorme et le surhumain. C'est le *délire d'énormité*.

Rien ne ressemble moins au véritable mégéromane que ce malade qui, souffrant de sa monstruosité, se lamente, se livre au désespoir, tombe dans le plus profond abattement. « Mais, comme le fait observer Cotard

avec raison, il faudrait être un psychologue bien naïf pour ne pas deviner que là même l'amour-propre finit par trouver son compte. L'hyperbolisme du langage, les idées d'énormité, le sentiment d'une puissance malfaisante il est vrai, mais surhumaine, s'accordent mal avec une véritable humilité. On aurait presque pu affirmer *a priori*, avant que l'observation clinique nous y eût autorisés, que de véritables idées de grandeur devaient à la fin se développer sur ce terrain. »

On voit avec quelle perspicacité Cotard analysait les faits cliniques qui se présentaient à son observation, et ce qu'il savait en tirer. Et cependant son champ de recherches — il est bon d'en faire la remarque — n'était pas un de ces grands asiles où se trouvent réunis des centaines d'aliénés, mais une maison de santé ne possédant qu'un chiffre restreint de pensionnaires. C'est que, pour trouver les rapports des choses, il faut moins une grande accumulation de matériaux qu'un esprit sagace et méditatif qui sache peser les faits et en extraire ce qu'ils contiennent.

L'analyse psychologique était la faculté maîtresse de Cotard. En lisant ses travaux et, en particulier, les deux articles *Folie* et *Hypocondrie* du Dictionnaire de De-chambre, on est émerveillé de l'habileté, de la dextérité avec laquelle il dénote l'écheveau embronillé des sentiments et des idées des aliénés. Il ne montre pas moins de talent et de savoir dans l'étude du mécanisme du délire et dans l'application à cette recherche des données récentes de la physiologie cérébrale.

Dès 1884, à l'occasion de certains faits de perte de la vision mentale publiés par le professeur Charcot, il tenta un premier essai d'interprétation du délire des négations. Deux observations de mélancoliques anxieux le mirent sur la voie ; ils présentaient tous deux ce phénomène étrange d'être privés du pouvoir, autrefois très développé chez eux, de voir mentalement les objets absents. Il vit là autre chose qu'une coïncidence fortuite et fut amené à en conclure naturellement que, « si la perte de la vision mentale était un fait ordinaire chez les anxieux chroniques, on serait invinciblement entraîné à considérer la négation systématisée comme un délire greffé sur le trouble psycho-sensoriel ».

Dans une communication faite trois ans après devant notre Société, il poussa plus loin son analyse et s'appliqua à démontrer que l'origine du délire est double : psycho-motrice et psycho-sensorielle. Ainsi, les idées de force, de capacité, de puissance, qui prédominent chez les paralytiques généraux et les excités maniaques, sont le résultat d'une surexcitation psycho-motrice générale, et se développent « sur un état maladif des centres moteurs ou volitionnels ». Ce qui le prouve, « c'est que le malade est d'une activité exubérante, il est toujours en mouvement, parle sans cesse, ne connaît ni le repos ni la fatigue. Il y a là une maladie de la volonté..., une *hyperboulie* ». Certains délires mélancoliques, absolument opposés, en apparence du moins, aux états expansifs précédents, « semblent également dus à des lésions psycho-motrices. Ces mêmes malades qui s'accusent d'être des criminels finissent par devenir violents et capables des actes les plus atroces ».

Quant au délire d'origine psycho-sensorielle, l'exemple le plus intéressant qu'en fournit Cotard est la mégalo-manie des hallucinés persécutés. Chez ceux-ci, en effet, l'influence de l'hallucination est capitale, soit qu'elle fournisse au malade ses idées de grandeur toutes formulées, soit que l'obsédant de continuelles tortures, elle le conduise à la mégalo-manie par le procédé logique si bien décrit par Ach. Foville ; soit, enfin, que, grâce à elle, il se croie doté d'un perfectionnement des sens, d'une pénétration de l'intelligence, lui permettant de percevoir et de comprendre une foule de choses qui échappent à son entourage.

Par un heureux éclectisme, Cotard appliquait ainsi à l'explication de l'origine du délire, d'une part les théories de Condillac et de Cabanis, et, de l'autre, celles de Destutt de Tracy et de Maine de Biran. Mais, par la suite, la fréquentation assidue de l'œuvre de ce dernier philosophe finit par avoir sur sa manière de voir une influence prépondérante et l'amena à modifier considérablement ses premières opinions, en restreignant de plus en plus, dans la genèse du délire, la part de l'élément sensoriel au profit de l'élément moteur. Même dans sa communication, si intéressante à tous égards, qu'il écrivit pour le Congrès international de médecine mentale de 1889, il

n'est plus question de l'origine psycho-motrice ou psychosensorielle du délire, mais uniquement de son origine psycho-motrice.

Mettant à profit ce principe de psychologie, que, « dans les représentations mentales des objets du monde extérieur et dans les images motrices de nos actes, le moteur et le sensoriel sont tellement mêlés qu'il est extrêmement difficile de faire la part de ce qui appartient à chacune de ces deux catégories »; — et le suivant : « La perception suppose des phénomènes moteurs dont les résidus restent attachés à l'image sensible et les images motrices de nos actes se combinent intimement avec la représentation des objets que ces actes concernent », — Cotard revient sur les deux questions déjà traitées par lui : la genèse du délire des négations et celle des idées ambitieuses des persécutés, et, à l'aide de déductions subtiles, il les explique, soit par des troubles de l'énergie motrice, soit par l'automatisme des éléments moteurs incorporés à des images sensibles ou à des idées abstraites.

Ce travail fut très goûté, mais aussi très discuté. Cotard y attachait une véritable importance; mais il sentait bien qu'il n'était qu'une ébauche. Sa trop grande condensation nuisant parfois à sa clarté, il comptait bien le reprendre, le développer, l'illustrer par des exemples bien choisis. Nul doute que cette œuvre, agrandie, plus fouillée aussi, eût fait date dans la science par les points de vue nouveaux, féconds en conséquences théoriques et pratiques.

Des recherches d'une si haute portée philosophique exigent une grande concentration d'esprit; il y faut aussi du loisir et Cotard n'en avait guère, ses nombreuses occupations absorbant le meilleur de son temps. Mais, comme nous l'avons déjà dit, il avait pris l'habitude de réfléchir, de méditer durant ses longues promenades à travers le parc de Vanves; il avait pu, par son expérience personnelle, constater combien l'exercice donne un surcroît d'activité au cerveau. Mais le travail de sa pensée se développait, se perfectionnait par la discussion : communiquant volontiers les idées qu'il élaborait à M. Falret, les objections qu'elles pouvaient susciter à son excellent maître et ami, qui lui prodiguait

les ressources de sa vaste érudition, lui servaient en quelque sorte de stimulant pour creuser son sujet plus à fond, lui donner plus de consistance et de précision. Lorsque l'étude et la critique avaient mûri ses idées, il consacrait de longues veilles à les reproduire en ce langage simple, condensé, presque aphoristique, qui caractérise tous ses écrits.

Cotard, comme tous les méditatifs, avait l'abord froid, mais sa froideur n'était qu'apparente. Tous ceux qui ont pénétré dans son intimité savent qu'il avait le cœur le plus tendre, le plus affectueux, une sensibilité très vive, un dévouement à toute épreuve. Il ne prodiguait pas, il est vrai, ses marques d'amitié; mais ceux qu'il aimait reconnaissaient bien la sincérité de son affection à son sourire rayonnant, lorsqu'on se revoyait, à sa poignée de main si franche et si loyale.

« Seule, la bienveillance universelle peut établir en nous l'harmonie mentale et la paix intérieure. » Il se formulait pour ainsi dire lui-même, lorsqu'il écrivait cette phrase, la dernière sortie de sa plume. La bonté était, en effet, comme une efflorescence de son âme; d'après quelques-uns de ses amis, elle allait même jusqu'à l'excès. A ceux qui le lui auraient reproché, il eût volontiers répondu avec ce personnage de Marivaux : « Dans ce monde, il faut être un peu trop bon pour l'être assez (1). »

Son exquise nature morale, selon l'heureuse expression de son ami, M. le professeur Bouchard, ne connaissait que les sentiments élevés de l'humanité, ces sentiments que son maître, Aug. Comte, qualifiait d'altruistes : il avait une vénération profonde pour toutes les supériorités intellectuelles et morales ; cet homme si froid était, au fond, un enthousiaste, enthousiaste des idées nobles et généreuses, du progrès de la science et de l'art.

Mais, caractère très réservé, il ne donnait libre cours à ses idées que dans le cercle étroit de l'intimité. Aucun de ses amis n'oubliera ces charmantes causeries où il se donnait tout entier, où se découvrait chez lui ce petit

(1) Marivaux, *Le Jeu de l'amour et du hasard*, acte I^{er}, scène II.

« coin de singularité », d'où s'échappaient dans le feu de la conversation les opinions les plus paradoxales qu'il soutenait avec verve et esprit.

Homme de foyer, Cotard s'était créé une famille peu après son entrée à la maison de Vanves ; il y trouva le bonheur. Son existence était d'une régularité parfaite ; il partageait son temps entre ses malades et ses livres, à côté de sa femme et de ses trois enfants qu'il adorait. Il fréquentait peu le monde ; aux indifférents qu'on y côtoie, il préférait les amis dont le cœur battait à l'unisson du sien et qui partageaient ses idées et ses espérances.

Ses amis, M. Falret entre autres, lui reprochaient souvent de n'être pas assez ambitieux ; il se contentait de sourire. Il était trop philosophe pour ne pas préférer sa vie modeste, dans un rôle secondaire, aux inquiétudes et aux déboires que procure le désir de la gloire et des honneurs. Et cependant, il avait une ambition, mais grande et élevée, celle d'attacher son nom à une œuvre utile au progrès de la science. Comme tous les esprits supérieurs, il avait le noble souci de la postérité ; il voulait léguer à son jugement un grand ouvrage sur les *Lois de la formation et de l'association des idées*. Une catastrophe imprévue vint détruire ses projets de travail, anéantir son rêve de gloire.

Il venait de terminer son mémoire sur l'*Origine psycho-motrice du délire*, qu'il devait communiquer au Congrès international de médecine mentale, lorsque l'aînée de ses filles fut atteinte de la diphtérie. Dès l'apparition des premiers symptômes, le malheureux père ne quitta plus le chevet de sa petite malade, ne voulant laisser à personne le soin du traitement. Au bout de quinze jours — jours pleins de douleur et d'angoisse — la terrible infection fut vaincue, mais elle guettait une autre proie qu'elle ne devait pas lâcher.

Le 13 août, il m'écrivait pour m'annoncer la guérison de sa fille : sa lettre débordait de joie et de bonheur. Le lendemain, hélas ! il s'alitait pour ne plus se relever. Malgré les soins les plus pressés, les plus dévoués de sa femme, de ses amis, le professeur Bouchard, les D^{rs} Chautemesse, Hillemand et Langle, la diphtérie évolua avec une fondroyante rapidité, gagna les voies

respiratoires et triompha en cinq jours de l'énergique et robuste constitution du malade ; la trachéotomie, pratiquée comme suprême ressource, ne réussit qu'à prolonger de quelques heures son agonie. Il succomba le 19 août 1889, à l'âge de quarante-neuf ans.

Cotard conserva la connaissance de soi-même, la lucidité de son esprit jusqu'à ses derniers moments. Dès les premières atteintes du mal, il comprit qu'il était perdu ; il se résigna avec un rare stoïcisme, ne pensant plus qu'à consoler ceux qui l'entouraient, uniquement préoccupé du sort des êtres si chers qu'il était obligé de quitter. Dans une scène déchirante, il les recommanda à l'affection de son maître, M. Falret, à celle de ses amis ; convaincu qu'il ne s'adressait pas en vain à leur cœur, à leur dévouement, il les remercia dans les effusions de ses derniers adieux.

Où trouver des termes suffisamment expressifs pour dépeindre notre stupéfaction à tous, à la nouvelle de cette mort brutale et inattendue, qui fauchait une intelligence d'élite en plein épanouissement ? Le deuil fut particulièrement pénible pour notre Société où Cotard comptait autant d'amis que de collègues ; nous avions peine à croire à cette disparition subite d'un savant qui, par son caractère et ses travaux scientifiques, honorait notre Compagnie.

Pour moi, — pardon de ces réminiscences personnelles — pour moi, qui viens de revivre quelques semaines dans son attachante intimité, vous m'en voudriez si je le quittais sans rappeler cette amitié si tendre et si dévouée, « que pendant plus de quinze ans j'ai regardée comme un des premiers biens de ma vie, et dont le souvenir doux et cruel ne s'affaiblira jamais dans mon cœur, car il est des pertes qui ne peuvent s'oublier, parce qu'elles ne peuvent se réparer (1) ».

La séance est levée à cinq heures et demie.

R. SEMELAIGNE.

(1) Condorcet, *Éloge de d'Alembert*, in *Éloges des Académiciens de l'Académie royale des sciences*. Paris, 1799, t. III, p. 439.

SÉANCE DU 28 MAI 1894

Présidence de M. Aug. VOISIN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Mitivié, demandant à passer membre honoraire. (Accordé.)

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *Les grands aliénistes français*, par le D^r René Semelaigne ;
- 2° *Sur certains travaux artistiques chez les aliénés*, par MM. Angelucci et Pieraccini (de Macerata) ;
- 3° *Annales de psychiatrie*, numéro de mai ;
- 4° *Revue d'hypnotisme*, numéro d'avril.

M. CHRISTIAN fait hommage à la Société d'un travail intitulé : *Quelques mots sur la télépathie*, qu'il a publié dans un des derniers numéros des *Annales de neurologie*.

*Inauguration des Bustes de J. Baillarger
et de J.-P. Falret.*

M. CH. VALLON. — Messieurs, je viens vous annoncer une nouvelle connue déjà de quelques-uns d'entre vous : le buste de Baillarger, dû à l'habile ciseau du sculpteur M. Malherbe, est enfin érigé sur son piédestal dans la cour de la Salpêtrière. Ce n'est pas sans peine que la Commission que vous aviez nommée a obtenu, ce résultat. Je ne vous fatiguerai pas des longs détails de ses opérations ; mais il faut bien cependant que je vous dise en quelques mots ce qui a été fait.

Le montant de la souscription a atteint le chiffre de 3,500 francs. Nous avons obtenu, grâce à l'intervention de notre collègue M. le sénateur Goujon et aussi de M. Blanche, 500 francs du ministère des Beaux-Arts. Divers membres de l'Académie de médecine, dont mal-

heureusement la liste a été égarée, nous ont envoyé des souscriptions s'élevant au total de 400 francs. Le fils du D^r Cerise, ami de M. Baillarger, nous a fait parvenir 100 francs avec une lettre que M. le secrétaire général vous a lue à l'époque. Tout le reste de la somme provient des membres de la Société et des médecins des asiles d'aliénés. Vous le voyez, le monument du fondateur de la Société est avant tout l'œuvre de cette Société.

M. Jules Falret, pour rendre un pieux hommage à la mémoire de son père, a fait exécuter son buste. Ce buste, œuvre de M. Ludovic Durand, est très beau et très ressemblant. Vous pourrez l'admirer au Salon des Champs-Élysées où il se trouve actuellement. A la fin de juin, le buste de Jean-Pierre Falret sera porté à la Salpêtrière et placé à côté de celui de Baillarger. Ainsi se trouvera amorcée la fameuse allée où doivent successivement prendre place les plus illustres d'entre les médecins qui ont consacré leurs études à la psychiatrie ou à la neurologie. Messieurs, il a semblé à votre Commission qu'il ne suffisait pas d'ériger les bustes de Baillarger et de Falret, de ces deux hommes qui ont si grandement illustré notre Compagnie, dans l'établissement qui a été le théâtre de leur enseignement et de leurs recherches, mais qu'il fallait encore en faire l'inauguration avec une certaine solennité.

Nous sommes persuadés, Messieurs, que vous partagerez notre sentiment. Mais, pour faire cette inauguration, il faut de l'argent et nous n'en avons plus ; tout est payé, mais il ne nous reste rien. Ou du moins il nous reste la maquette du buste de Baillarger que nous pourrions placer, soit à la bibliothèque, soit dans notre salle des séances, quand nous en aurons une nous appartenant en propre.

Pour faire une cérémonie digne des hommes que nous voulons honorer, digne de la Société, nous pensons qu'une somme de 300 francs serait suffisante. Les membres de la Société ont souscrit individuellement pour le buste de Baillarger, mais la Société elle-même n'a encore rien donné ; elle est riche, son budget peut très bien supporter cette dépense minime en somme. Nous venons vous prier d'autoriser le trésorier de la Société à nous

ouvrir le crédit qui nous est nécessaire pour mener jusqu'au bout la tâche que vous nous avez confiée.

M. JOFFROY propose qu'un crédit illimité soit ouvert aux organisateurs de la cérémonie du 7 juillet.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Rapport de candidature.

M. MARANDON DE MONTYEL. — M. le D^r Maupaté qui sollicite, Messieurs, de votre bienveillance le titre de membre correspondant de votre Société, est depuis longtemps déjà si avantageusement connu de vous tous, que votre rapporteur pourrait se borner à vous présenter sa candidature. Il aura bien peu à dire que vous ne savez déjà. C'est à ce jeune confrère que vous avez décerné à la dernière séance le prix Esquirol, pour un mémoire sur *l'Étiologie de l'épilepsie tardive*. M. Klipfel vous a fait connaître ce travail consciencieux, riche non seulement de faits mais encore de saines appréciations. Vous avez encore trop présents à la mémoire les éloges de M. le rapporteur du prix Esquirol, pour que j'aie à vous les rappeler et ces éloges ont été trop impartiaux et trop sincères pour que j'aie autre chose à faire que de m'y associer. M. Maupaté vous est en outre connu, Messieurs, par un autre travail, à mon avis, plus important peut-être que le précédent, véritable œuvre de Bénédictin, par la patience déployée dans les recherches, mais aussi d'aperçus ingénieux dans l'interprétation des faits. Ce mémoire qui fut la thèse du candidat, a d'ailleurs été couronné par la Faculté de médecine de Paris, qui lui a décerné une médaille de bronze. Dans ses *Recherches d'anthropologie criminelle chez l'enfant*, M. Maupaté a rassemblé des matériaux à mon avis précieux pour l'avenir; ce travail n'avait jamais été entrepris et on doit lui savoir gré de l'avoir mené à bien. Le fait d'avoir rencontré dès l'enfance et en grand nombre les caractères qu'à tort ou à raison, certaines écoles regardent comme caractéristiques du crime ou de la dégénérescence a cette grande importance, d'établir que dans tous les cas ces caractères ne sont pas acquis par l'influence nocive des milieux physiques et par la vie menée par les sujets ainsi que cer-

tains l'ont avancé, mais qu'ils font partie intégrante de leur organisme, qu'ils sont congénitaux. En outre, il sera intéressant plus tard de suivre dans la société, s'ils sont rendus à la liberté, ces jeunes individus porteurs de stigmates et qui, lorsque M. Maupaté les examinait, n'avait pas encore faibli, de les suivre pour voir s'ils resteront honnêtes, mentant ainsi à la tare dont ils sont marqués. Bien loin de reprocher à l'auteur d'avoir employé beaucoup de temps à mesurer et à observer des crânes encore en voie de formation, reproche qui lui a été adressé, je le féliciterai au contraire d'avoir compris l'importance de ces investigations précoces, complètement omises jusqu'alors, pour trancher cette question encore si controversée du type criminel. Ce n'est pas qu'elle soit essentielle; les anthropologistes qui se figurent abattre l'anthropologie criminelle, en s'acharnant contre les stigmates physiques de criminalité, sont comme ces aliénistes qui croient saper la doctrine de la dégénérescence en niant l'existence des anomalies corporelles du dégénéré. Alors même que la réalité de ces deux types serait absolument démentie, la théorie de l'anthropologie criminelle, tout comme celle de la dégénérescence, ne s'en porteraient pas pour cela plus mal; on aurait démontré qu'un état psychique anormal ne correspond pas à un état physique particulier, voilà tout, mais cet état psychique anormal n'en persisterait pas moins. M. Maupaté s'est épris de toutes ces questions et il s'est efforcé, non sans succès, de collaborer à la grande œuvre qui s'élabore.

Ces deux travaux, l'un couronné par votre Société, l'autre par la Faculté de médecine, constituent des titres, qui, seuls, suffiraient largement à rallier vos unanimes suffrages. Mais le Dr Maupaté n'est pas de ceux à qui sourit le repos, un labeur accompli; il a donc déjà écrit trois autres mémoires. Un qui, lui aussi, touche à l'anthropologie criminelle, sujet qui continue à vivement intéresser notre confrère, et qui a trait à la dégénérescence mentale héréditaire, envisagée spécialement chez les enfants à mauvais instincts; deux autres de clinique mentale, relatifs l'un à un cas de mélancolie hypocondriaque chez un vieillard de soixante-six ans, guérie sans laisser d'affaiblissement intellectuel; l'autre

aux hallucinations provoquées par la perte d'un sens.

Au point de vue professionnel, les titres de M. le Dr Maupaté valent ses titres scientifiques. Externe et interne provisoire des hôpitaux de Paris, où il obtint une médaille de bronze de l'Assistance publique, interne des Asiles publics d'aliénés de la Seine, médecin-adjoint de la Maison de santé de notre collègue, M. le Dr Potier, M. Maupaté dans tous ces postes, dont les trois premiers ont été conquis au concours, a prouvé combien dans la pratique il s'intéressait à ses malades, combien en particulier les souffrances des aliénés éveillaient ses sympathies, en même temps qu'elles offraient des sujets d'études à son observation. Je parle d'ailleurs en connaissance de cause des qualités professionnelles du candidat, ayant été assez heureux pour l'avoir eu durant toute une année comme interne de mon service. Mais, je m'arrête, Messieurs, bien certain que vous vous empresserez tous d'accueillir, parmi vous, M. le Dr Maupaté.

Sur les conclusions de ce rapport, M. Maupaté est, à l'unanimité, nommé membre correspondant.

*Rapport médico-légal sur un attentat à la pudeur
commis par un épileptique.*

M. CH. VALLON. — L'année dernière j'ai rapporté, à la Société de médecine légale, l'histoire d'un épileptique que j'avais été chargé d'examiner judiciairement. Il s'agissait d'un individu chez lequel l'épilepsie, bien et dûment reconnue, se traduisait tantôt par des attaques convulsives, tantôt par des accès délirants ; cambrioleur de profession, il s'était fait arrêter dans un appartement où il s'était introduit pour voler ; l'acte incriminé ayant été accompli en dehors de toute manifestation somitiale et n'ayant aucun des caractères des impulsions épileptiques, j'avais conclu à la responsabilité et l'affaire s'était terminée par une condamnation à la prison. Aujourd'hui, je désire vous entretenir d'un fait qui est pour ainsi dire la contre-partie du précédent. Il s'agit d'un honnête père de famille, atteint d'épilepsie vertigineuse, à peu près ignoré de lui-même et de son entourage, qui, sous l'influence d'un vertige, a commis un attentat à

la pudeur sur sa propre fille. J'ai pu démontrer qu'il était épileptique, qu'il avait agi inconsciemment et la procédure commencée contre lui s'est terminée par un non-lien.

Voici le rapport que j'avais remis au juge d'instruction :

X... est un homme de quarante-trois ans, à la physionomie banale, ne présentant d'autre anomalie physique qu'un léger degré d'asymétrie faciale, il est ouvrier tourneur mécanicien. Son père était un paysan exerçant le métier de faucheur; quand il est mort, vers l'âge de soixante-cinq ans, depuis quelque temps déjà il était tombé en enfance et tremblait de tout le corps, il n'avait jamais commis d'excès alcooliques; c'est là le seul antécédent héréditaire de l'inculpé; on voit qu'il n'est pas d'une bien haute gravité. Sa mère porte assez allègrement ses soixante-dix-sept ans; il a un frère et une sœur qui jouissent d'une bonne santé, une autre sœur a été emportée par une maladie aiguë.

A six ans, X... a fait une chute grave, il a roulé le long d'un talus de 200 mètres de hauteur; à la suite de cet accident, il est resté malade pendant deux mois, puis tout est rentré dans l'ordre; à dix-sept ans, il a contracté une fièvre typhoïde qui ne paraît pas avoir eu de suite sérieuse; étant au service militaire, il a été atteint d'un érysipèle grave de la face; depuis cette époque, il n'a pas fait d'autre maladie, mais cependant *de temps à autre il est pris d'étourdissements.*

X... est marié depuis tantôt vingt ans. La première grossesse de sa femme s'est terminée par une fausse couche de quatre mois, la seconde par un accouchement avant terme et l'enfant n'a vécu que six jours; puis sont nées successivement trois filles, âgées aujourd'hui de quatorze ans et demi, onze ans et deux ans. Ces deux fausses couches suivies de grossesses normales pourraient faire penser à la syphilis, mais ni X... ni sa femme ne paraissent avoir été atteints de cette maladie.

X... est inculpé d'attentat à la pudeur, commis dans les circonstances suivantes : un dimanche soir, vers huit heures et demi, il descend à la cave avec sa fille aînée; il était en train de tirer du vin à la barrique quand, tout à coup, il se relève brusquement, déboutonne son pantalon, sort sa verge et s'avance vers sa fille en lui disant : « Prends-la, prends-la ». L'enfant, effrayée, se met à crier : « Non, papa, non, papa ». La mère qui était au rez-de-chaussée accourt et voit son mari la verge à la main, l'air hébété, répétant ces mots : « Prends-la, prends-la. »

Interrogé sur ces faits, X... me répond, avec toutes les appa-

rences de la sincérité : « J'étais en train de tirer du vin, j'ai été pris d'un vif besoin d'uriner, je me suis levé ; à ce moment, j'ai eu un étourdissement comme j'en ai quelquefois : que s'est-il passé alors ? je n'en sais rien ou plutôt je ne le sais que par le récit qu'on m'en a fait. Quand ma femme est arrivée, j'ai été tout étonné de me voir la verge à la main devant ma fille. » X... ajoute que ce jour-là il avait bu un peu et que c'est la boisson qui lui a fait perdre un instant la tête.

Prié de m'indiquer en quoi consistent les étourdissements auxquels il se prétend sujet, X... me donne les explications suivantes. Tout d'un coup lui apparaît une scène de son enfance : il voit son village natal, il y est, enfant, il joue comme autrefois avec ses camarades ; tout cela passe comme un éclair, puis il sent des lancements dans les tempes. Il ne perd pas positivement connaissance, mais s'il marche, il est obligé de s'arrêter ; s'il cause, il lui faut se taire ou bien il dit des bêtises ; si on lui parle, il ne se rappelle plus après ce qu'il a entendu ; s'il tient un objet à la main, il est obligé de le serrer fortement pour ne pas le laisser tomber. Ces troubles ne durent habituellement que quelques instants. Ensuite, il a la tête lourde ; cette céphalalgie se maintient pendant quelques heures, quelquefois pendant un jour ou deux. X... ajoute qu'une fois il a eu un étourdissement en présence du contremaître de l'atelier où il travaillait, M. S..., et que celui-ci lui aurait dit : « Mon ami, vous êtes malade, il faut vous soigner. »

M. S..., que j'ai interrogé minutieusement, n'a gardé aucun souvenir de l'incident ; il m'a donné sur son ouvrier les renseignements suivants. X... lui a toujours paru un homme honnête, laborieux, plein de bonne volonté, mais peu intelligent ; il n'avait pas de mémoire, souvent, on était obligé de lui répéter plusieurs fois les mêmes ordres ; il ne fallait pas le brusquer, parce qu'alors, il ne savait plus du tout ce qu'il faisait ; il lui arrivait quelquefois de faire des *lourps* dans son travail ; sans être un ivrogne, il buvait un peu et supportait, d'ailleurs, très peu la boisson ; le moindre excès se traduisait chez lui par une surexcitation manifeste. Il se plaignait fréquemment de maux de tête et *parfois il était pris d'une pâleur subite* : c'est dans ces moments que ses céphalalgies paraissaient le plus violentes. M. S... me fournit ces derniers détails d'une façon toute spontanée, sans y avoir été sollicité par mes questions ; nous verrons que les faits qu'il a constatés ont une très grande importance.

Quant à M^{me} X..., voici ce qu'elle dit de son mari : elle l'a toujours vu bon époux, bon père et, jusqu'à l'attentat commis sur sa fille, elle n'a jamais rien eu à lui reprocher que quelques coups de boisson : il se met en état d'ivresse deux ou trois fois

dans l'annéc, pas plus, et alors il est méchant et brutal envers tout le monde; en dehors de ces moments, il est très doux, il ne supporte d'ailleurs pas l'alcool; dès qu'il en a bu tant soit peu, on s'en aperçoit immédiatement. Il est très réservé dans son langage et jamais, quand il n'est pas ivre, il ne laisse échapper un mot malsonnant devant ses enfants. Il est bien loin d'être érotique; même quand il était plus jeune, il ne pratiquait jamais le coït plus d'une fois par mois; il ne faisait vraisemblablement pas d'infidélités à sa femme, car, à part les rares fois où il s'attarde au cabaret, il rentre toujours directement de l'atelier à son domicile. Suivant M^{me} X..., si son mari a commis l'acte qui lui est reproché, c'est qu'il avait bu dans la journée. Elle n'a rien voulu lui dire à la maison à cause de la présence des enfants; elle se promettait d'aller l'attendre le lendemain à la sortie de son atelier pour lui adresser des reproches. C'est, en effet, ce qu'elle a fait; mais, le trouvant en état d'ivresse (il avait bu pour s'étourdir), elle a été prise de colère et est partie le dénoncer au commissaire de police. Aujourd'hui, elle regrette bien ce qu'elle a fait.

M^{me} X... donne, sur l'état mental habituel de son mari, les renseignements suivants qui semblent d'autant plus sincères qu'elle ne paraît pas en comprendre la portée; elle ne lui a jamais vu d'étourdissements, mais il a « des faiblesses de mémoire ». On lui dit quelque chose, puis, quand on lui en reparle, il ne s'en souvient plus; par moments, il est très bizarre: quelquefois, par exemple, il est assis, il cause tranquillement, puis, tout d'un coup, il se lève et *se met à sauter et à chanter comme un enfant*. Au bout de quelques instants, il se rassied, n'ayant gardé aucun souvenir des extravagances qu'il vient de commettre.

Les rapports de police sont favorables à l'inculpé, son casier judiciaire est vierge de toute condamnation.

En somme, on peut dire que l'acte dont X... s'est rendu coupable jure avec son passé. Homme d'un tempérament froid, père affectueux, toujours convenable dans sa tenue et dans son langage en présence de ses enfants, il s'est montré érotique, pour un moment, et n'a pas craint d'attenter à la pudeur de sa fille. Pour expliquer sa conduite insolite, X... prétend qu'il a perdu un instant la conscience de ses actes, sous l'influence de quelques excès de boisson, à la suite d'un de ces étourdissements auxquels il serait sujet. La question qui se pose est donc de savoir si X... a réellement par intervalles des troubles cérébraux, de déterminer la nature de ceux-ci et de voir s'ils sont capables de faire disparaître la liberté morale et, par suite, d'entraîner l'irresponsabilité.

Les troubles cérébraux que X... dit éprouver peuvent se ré-

sumer ainsi : il a une réminiscence brusque et fugitive d'un événement de sa jeunesse; cette réminiscence s'accompagne ou est immédiatement suivie d'une perte plus ou moins complète de la conscience; consécutivement, il est pris d'une céphalalgie d'intensité et de durée variables. Cette série de phénomènes présente d'une façon très nette les principaux caractères de l'absence ou du vertige épileptique : donc, à moins de supposer que X... a fait, dans des ouvrages spéciaux, une étude approfondie de l'épilepsie, il faut bien admettre qu'il ressent réellement les phénomènes qu'il décrit. Au surplus, l'ancien contremaître de X..., dont la sincérité ne saurait être mise en doute, assure avoir remarqué, chez son ouvrier, un manque de mémoire et des pâleurs subites du visage, contemporaines des maux de tête. C'est là une constatation importante : l'amnésie et la pâleur du visage étant au nombre des principaux symptômes de l'ictus épileptique. Enfin, M^{me} X... déclare, elle aussi, que son mari « avait des faiblesses de mémoire, qu'il commettait parfois des actes extravagants dont il ne gardait aucun souvenir ». Ce dernier fait doit encore compter en faveur de l'épilepsie; il est commun, en effet, de constater des actes excentriques survenant à la suite d'un vertige ou se produisant à sa place.

Donc X... paraît bien et dûment atteint d'épilepsie, de la forme d'épilepsie connue sous le nom de petit mal.

Mais il ne suffit pas qu'un individu soit épileptique pour qu'on doive considérer comme entachés d'inconscience tous les crimes et délits qu'il peut commettre : il faut, au contraire, examiner chaque fait en particulier et voir s'il présente ou non les caractères d'une manifestation comitiale. Or, l'acte commis par X... a bien les caractères de ceux qu'on observe à la suite d'un ictus épileptique. Les impulsions érotiques sont fréquentes dans les heures qui suivent un paroxysme comitial et Lasègue a montré que parmi les aliénés qui exhibent leurs organes génitaux, un bon nombre sont des épileptiques qui se livrent à ces actes à la suite de vertiges ou d'absences. Le 28 décembre, X... a exhibé ses organes génitaux comme d'autres fois, il se met à danser ou à chanter; la nature de l'acte n'a sans doute été déterminé par le besoin d'uriner qu'avait X...; la sensation a commandé et la volonté obnubilée n'a pu intervenir; il s'est produit un acte purement automatique; il y a eu, suivant l'expression d'Herpin, « une interruption de la vie intellectuelle, la vie animale continuant ».

X... n'a d'ailleurs conservé qu'un souvenir très incomplet de ce qui s'est passé; il se rappelle qu'il s'est levé, poussé par le besoin d'uriner, il a eu un étourdissement, le reste de l'histoire lui échappe jusqu'au moment où sa femme est arrivée. La perte

ou l'incertitude des souvenirs est la règle dans ce cas d'impulsions épileptiques.

Le fait que X... a accompagné l'exhibition de sa verge de propositions obscènes à sa fille ne prouve rien contre le caractère maladif de l'acte : « l'épileptique, en effet, cause et agit, dans un grand nombre de cas, comme s'il était pleinement conscient et maître de lui » (Christian). Il se produit là un véritable automatisme comparable à celui qu'on observe chez le somnambule, c'est ce qui a fait donner par Chareot à ces manifestations le nom de somnambulisme comitial.

En résumé, X... est atteint d'épilepsie, le fait ne me paraît guère contestable; l'acte dont il est inculpé présente le caractère de ceux qu'on observe à la suite des accès comitiaux; dès lors, il me semble légitime d'admettre qu'en commettant un attentat à la pudeur sur la personne de sa fille, X... a agi sous l'empire d'une impulsion épileptique, c'est-à-dire inconsciemment. La somme de probabilités en faveur d'une manifestation épileptique est telle qu'elle équivaut presque à une certitude.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

- 1° X... est atteint d'épilepsie (petit mal);
- 2° Très vraisemblablement, il a commis l'acte dont il est inculpé sous l'influence d'une impulsion épileptique, c'est-à-dire inconsciemment; il ne saurait donc en être rendu responsable.

Comme vous le voyez, Messieurs, j'ai pu, en interrogeant X... et son entourage, préciser la série des phénomènes morbides constituant ce qu'il appelle ses étourdissements et conclure légitimement, je crois, à leur nature comitiale; j'ai pu établir que l'acte incriminé était un acte inconscient, un acte morbide. Ainsi que je vous l'ai dit en commençant, grâce à mon rapport les poursuites ont été abandonnées et X... a été mis en liberté; je l'ai revu depuis, je l'ai examiné longuement et minutieusement, n'ayant plus la crainte d'amener par des questions trop nettes et trop précises les réponses mensongères, c'est un épileptique j'en ai la conviction, et de plus un homme d'un faible niveau intellectuel. Ni X..., ni sa famille ne se doutaient de la nature du mal dont il est atteint; tous mettaient sur le compte de quelques verres de vin, bus dans la journée, l'acte qui, à mon avis, doit être imputé à l'épilepsie. L'alcool a pu jouer un rôle, mais certainement un rôle bien accessoire.

Je n'insiste pas sur le fait incriminé considéré en lui-même, je voudrais en réserver l'examen pour une communication ultérieure sur les impulsions épileptiques ; mais j'appelle votre bienveillante attention sur les phénomènes si particuliers qui se produisent chez X..., au début de chaque accès. Cette sorte d'hallucination visuelle, cette hallucination panoramique, si j'en juge par mon expérience personnelle, est un fait rare ; je n'en ignorais pas l'existence, mais je ne l'avais jamais observée. Notre collègue, M. Féré, dans son remarquable livre sur les épilepsies et les épileptiques donne sur ce sujet les renseignements suivants :

« M. Hughlings Jackson a insisté sur une forme particulière d'aura intellectuelle (1), qui consiste en une « réminiscence » brusque et fugitive de quelque événement antérieur de l'existence. Cette réminiscence s'accompagne non d'une absence, mais en général d'une obnubilation de la conscience, d'un état de rêve. Ces « réminiscences » peuvent exister à l'état isolé longtemps avant l'apparition des attaques convulsives. Quelquefois ces réminiscences consistent en une vision panoramique extrêmement rapide de tous les événements de l'existence antérieure, rappelant ce qui se produit souvent au moment de la submersion (2) et quelquefois chez les mourants. Ces visions panoramiques ont peut être joué un rôle dans la constitution de la légende du jugement dernier (3). Chez certains malades, ces réminiscences ont toujours trait au même fait, d'autres fois elles portent sur des faits différents dans les différentes attaques. »

Comme vous avez pu le remarquer, chez mon malade la réminiscence présente les caractères suivants :

1° Elle est brusque et fugitive ;

2° Elle se rapporte toujours à un événement de l'enfance, événement banal, sans importance, toujours à peu près le même ;

(1) On a particular variety of epilepsy (intellectual aura) (*Brain*, vol. XI, p. 179, 1888).

(2) W. Munk, *Euthanasia*, London, 1887.

(3) Ch. Féré. Note sur l'état mental des mourants (*C. R. Soc. Biol.*, 1889, p. 108).

3° Elle n'existe pas à l'état isolé, mais est suivie d'autres manifestations morbides ;

4° Son apparition n'a pas précédé les autres manifestations épileptiques, mais leur est contemporaine ;

5° Elle s'accompagne tantôt d'une simple obnubilation de la conscience, tantôt aussi d'une véritable absence, contrairement à ce qu'a observé Hughlings Jackson.

C'est la rareté de ces phénomènes de réminiscence qui m'a engagé à vous rapporter le premier exemple qu'il m'a été donné d'observer ; je demande à mes collègues si de leur côté ils ont eu occasion de voir des faits semblables.

M. FALRET. — J'ai observé autrefois des auras intellectuelles à Maréville, et je me rappelle en particulier un épileptique qui voyait un chien qui l'avait mordu avant d'être pris de son accès.

M. VALLON. — On s'explique plus facilement le retour d'un fait qui a amené le premier accès, que ceux où, comme ici, il s'agit du souvenir d'un fait banal.

M. JOFFROY. — Il y a une particularité intéressante dans ce fait et sur laquelle M. Vallon a attiré l'attention, à savoir que, pendant l'accès, le malade a parlé. Or, certains auteurs ont prétendu que c'était là une chose qui ne se produisait pas dans l'épilepsie. Or, je suis de l'avis de M. Vallon, car j'ai observé des malades ayant des attaques de petit et de grand mal, qui non seulement prononçaient des paroles, mais même conversaient. J'ai eu une malade qui avait quelquefois, dans ses accès, outre la pâleur, des mouvements volontaires du bras droit. C'était une cuisinière, et lorsque je lui demandai : « Que faites-vous ? » elle me répondit : « Je plume mon poulet » ; une autre fois : « J'écaïlle mon poisson. » Ici la malade ne parlait pas spontanément, mais répondait et conversait. Il y avait donc conservation de l'ouïe. C'est là un fait rare. Quelquefois cependant les malades entendent à demi. J'ai eu un malade qui avait des absences de degré variable. Tantôt il n'en conservait aucun souvenir ; dans d'autres moins fortes, il entendait qu'on lui parlait, mais était incapable d'en saisir le sens. Entre les cas où il y a des phénomènes moteurs ou des phénomènes intellectuels, il en est où il y a une demi-conscience.

M. CHARPENTIER. — Il y a plusieurs points dans l'intéressante communication de M. Vallon qui méritent d'être remarqués. L'exhibition a eu lieu dans une cave, la nuit ; il est curieux de constater que c'est précisément dans des conditions propices à l'exhibition que ce fait se produit ordinairement ; là où il n'y a pas de sujet pour voir l'exhibition, celle-ci ne se fait pas ; là où il y a des témoins trop gênants, elle ne se produit pas non plus. L'épouse a attendu jusqu'au lendemain soir pour porter sa plainte au commissaire de police et elle ne l'a fait que par ce que son mari continuait à boire, elle craignait probablement le retour d'une nouvelle scène analogue. Les symptômes à l'aide desquels M. Vallon a soupçonné l'épilepsie, n'ont pu être constatés par M. Vallon que par les renseignements qui lui ont été fournis par le malade ; sa femme et le patron qui s'intéressaient au malade, citaient des symptômes subjectifs disparus ; il n'est pas nécessaire que le sujet ait lu ces symptômes dans un traité de médecine pour les connaître. Quand de tels faits se produisent, ceux qui s'intéressent au délinquant puisent de tels renseignements auprès d'un médecin qu'ils vont consulter pour savoir si une maladie ne serait pas capable d'être cause d'un délit, et les questions du médecin qui désire être utile à la famille et sauver un innocent, ne tombent pas dans l'oreille d'un sourd, puisqu'elles s'adressent à des amis intéressés qui, plus tard, commentent ses questions et peuvent s'en servir ensuite pour modifier leurs dépositions dans un sens favorable à la folie ; le médecin expert lui-même qui en prend connaissance, est bien obligé par acquit de conscience, si le délinquant ne les lui fournit pas lui-même par ignorance, est bien obligé de s'en enquérir auprès de lui sous forme de questions ; celui-ci, coupable ou non, a déjà dû penser à la folie ou comme motif excusant son acte, ou comme moyen échapatoire, pressentir la valeur des questions qui lui sont adressées si réservées et si détournées qu'elles soient et répondre de manière à faire naître et confirmer l'idée de folie.

Le sujet en question, en définitive, a été acquitté et rendu au milieu social. Est-ce là une solution utile ? Enfin, l'alcoolisme invoqué ne devrait, à moins qu'il ne

fût fortuit, accidentel, involontaire, jamais être considéré comme une circonstance, atténuant la gravité de l'acte même, celui-ci étant considéré comme d'origine morbide.

Quant aux représentations visuelles toujours les mêmes qui précèdent les accidents épileptiques, comme celui que vient de rapporter M. Falret, je me souviens d'en avoir observé un semblable, à la différence près que le sujet n'avait jamais été mordu par un chien, que cette morsure ne pouvait être que le résultat d'un rêve ou de son imagination.

Je suis entièrement de l'avis de M. Joffroy qui, dans une heureuse expression graphique, vient de nous expliquer la possibilité de la persistance de la conscience dans certains états de mal intellectuel.

J'ai toujours de la peine à concevoir les phénomènes épileptiques se rattachant aux longues fugues, à l'automatisme ambulatorio, tels que ceux que MM. Motet, Voisin, Rouillard, ont rapportés comme capables de se produire sans participation de la conscience. Je comprends que la conscience puisse rester étrangère à des actes courts, à quelques phrases machinalement répétées, véritables réflexes, mais non à la production et à la combinaison d'actes de conduite longtemps prolongés et exigeant l'intervention de toutes les facultés supérieures de l'esprit, sans que ses opérations soient perçues par la conscience.

On a dit et toujours répété que la meilleure preuve que ces sujets étaient privés de conscience au temps de l'action, c'est qu'ils avaient absolument perdu tout souvenir de cette action et des détails concomitants; ceci n'est pas une preuve. L'amnésie, alors même qu'elle est incontestable, n'est pas une preuve de la perte de conscience; l'amnésie des traumatismes crâniens nous paraît pouvoir éclairer cette question: dans certains cas de traumatisme, des témoins ont pu constater que la victime, avant de perdre connaissance, avait manifesté par ses cris et ses paroles ou ses actes qu'elle avait conscience de ce qui se passait, du danger qu'elle courait; et après le retour de la connaissance, celle-ci ne s'en souvenait nullement. Ceci est encore plus évident dans l'amnésie antéro-rétrograde qui vient anni-

hiler le souvenir des états de conscience qui ont précédé l'incident de plusieurs heures et même de plusieurs jours.

M. VALLON. — Mon malade n'a rien fait de très compliqué, comme dans les cas d'automatisme ambulatoire. Quant à avoir consulté un médecin pour savoir ce qu'il avait à dire, je crois que, dans le cas particulier, cela n'est pas admissible.

M. CHRISTIAN. — A propos de l'hallucination panoramique de ce malade, je ferai remarquer que ces hallucinations, qui sont très rares, ne sont pas comparables avec celle que rapporte M. Falret. Les hallucinations panoramiques ne sont pas en rapport avec les hallucinations visuelles ordinaires qui précèdent alors toujours l'attaque. Je me rappelle le cas d'un jeune homme qui, après avoir été dans un couvent de moines, s'engagea et devint sous-officier. Un jour, un homme qu'il avait puni tire sur lui pour se venger. A la suite, il a son premier cas d'épilepsie. Or, dans ses accès, il voyait tout d'un coup le couvent dans lequel il avait vécu douze ans.

M. VALLON. — Les malades à hallucinations visuelles ne sont pas rares. Mais c'est le premier cas d'hallucination panoramique que je constate.

M. J. SÉGLAS. — Au point de vue médico-légal, le diagnostic, dans le cas exposé par M. Vallon, était assez embrouillé. Néanmoins notre collègue a pu s'aider de quelques renseignements utiles, lui démontrant chez son malade l'existence de quelques symptômes antérieurs, vraisemblablement de même nature. Mais supposons que ces renseignements fassent défaut, que la manifestation épileptique ayant donné lieu à l'acte incriminé soit la première de toutes et la seule au moment de l'examen, la position de l'expert sera singulièrement difficile. Et c'est là une hypothèse qui pourrait parfaitement se réaliser si j'en juge d'après un cas clinique, n'ayant d'ailleurs pas donné lieu à expertise médico-légale, et que j'ai observé aujourd'hui même.

C'est un jeune homme de trente ans environ, d'une famille névropathique, atteint depuis trois ans de vertiges épileptiques très nets, mais chez lequel, malgré une enquête minutieuse auprès de lui-même ou des

membres de sa famille, je n'ai pu noter antérieurement aucune manifestation quelconque, pouvant faire soupçonner l'existence de l'épilepsie. C'est à l'âge de vingt-sept ans seulement qu'apparut le premier vertige épileptique et dans les circonstances suivantes. Se trouvant dans la rue, il assène subitement un coup de parapluie sur la figure d'un individu qui passait par hasard à côté de lui. Le passant l'invective et menace de riposter, un attroupement se forme. Le malade, jusque-là inconscient de toute cette partie de la scène, reprend tout à coup connaissance et se trouve face à face avec une personne qui l'injurie et le menace sans qu'il sache pourquoi, et au milieu d'un cercle d'assistants qui semblent prendre fait et cause pour son adversaire. Tout étonné, il se croit lui-même en face d'une agression non justifiée et se met à l'unisson de son provocateur supposé. Les sergents de ville interviennent et les deux adversaires sont conduits devant le commissaire de police. Là, stupéfaction du malade en apprenant par le récit des témoins l'acte violent qu'il a commis; en face de cette attitude étonnée, et ne comprenant pas grand'chose à cette altercation que les adversaires eux-mêmes ne s'expliquaient pas mieux chacun de leur côté, le commissaire de police les renvoya dos à dos.

Quelques mois plus tard, le malade eut de nouveaux vertiges qui par la suite devinrent plus fréquents et sont aujourd'hui très caractéristiques. Mais supposons que lors du premier vertige, l'agression eût été plus violente, ou qu'à la place d'un inoffensif parapluie, le malade ait eu à la main un instrument dangereux, les choses se seraient passées de même, l'affaire eût pu avoir des suites médico-légales et je crois que l'expert commis eût été singulièrement embarrassé, en l'absence de tout symptôme anamnestique, de toute manifestation ultérieure, puisque le second vertige ne s'est produit que plusieurs mois après.

M. BRIAND. — J'ai observé des cas semblables à celui de M. Vallon et où le diagnostic présentait de grandes difficultés au début. Il s'agit d'un jeune homme qui, pris de vertige, se précipitait sur un passant, prenait sa montre, la faisait tourner deux ou trois fois et la jetait quand on allait l'arrêter. La seconde fois que cela lui

arriva, il fut renvoyé par le commissaire de police, mais la troisième fois, on l'interna à Sainte-Anne. A sa sortie, un jour qu'il passait sur la place de la République, il tira son couteau et s'en porta un coup. Réinterné, il sortit de nouveau et se blessa dans les mêmes circonstances. Réinterné encore une fois et encore une fois sorti, il se frappa cette fois de façon telle qu'il en mourut. Cette fin montre bien la nature impulsive et épileptique des premiers actes qui auraient pu cependant le faire considérer comme un voleur.

Alcoolisme et délire de persécution avec auto-accusation.

M. ROUBINOVITCH. — On sait que les alcooliques, qu'ils soient atteints d'une intoxication chronique, ou qu'ils soient sous le coup d'une intoxication subaiguë, peuvent présenter différents délires : mélancolique, maniaque, délire de persécution, psychose polynévritique de Korsakow, etc. L'alcoolisme imprime à ces délires certains caractères physiques et psychiques qui permettent de reconnaître aisément leur pathogénie. Nous avons observé deux fois une forme de délire, qui se rencontre moins communément chez les alcooliques et que M. Ballet a étudié dernièrement chez les dégénérés, nous voulons parler du *délire de persécution avec auto-accusation*. M. Séglas a communiqué un cas de cette variété de délire de persécution au Congrès de la Rochelle.

Dans notre premier cas, ce délire s'est déclaré au cours d'un accès d'alcoolisme subaigu ; dans le second, au cours d'une intoxication alcoolique chronique.

Il s'agit d'abord d'un nommé L..., âgé de trente-huit ans, rédacteur d'un journal de Paris, que j'ai eu l'occasion d'observer lors de mon internat à Sainte-Anne, en août 1890, dans le service de M. Magnan, suppléé par M. Bouchereau. C'est un homme d'une intelligence moyenne, sans stigmates physiques ou psychiques de dégénérescence. Il a montré des dispositions pour les lettres, et a publié un volume de vers qui ont été remarqués. Entré de bonne heure dans le journalisme, il fonda à un moment donné un journal dans une ville du Midi ; mais l'affaire sombra et il vint à Paris. De bonne

heure, il s'est livré à des excès de toute sorte, mais principalement à des excès alcooliques. Il n'eut pas la syphilis. La mort de sa mère, survenue en 1889, l'attrista beaucoup. Il se mit à boire encore davantage par chagrin, et bientôt un accès de délire alcoolique se déclara, avec le cortège habituel d'hallucinations et d'illusions de tous les sens : des figures horribles, des rats, des grenouilles, des figures à plumes multicolores remplissaient sa chambre, poussaient des cris, grimpaient sur lui, le mordaient, se mettaient dans sa soupe et donnaient aux aliments un goût infect. Au bout de trois jours, il devient un peu plus calme, et, en l'interrogeant, on constate un véritable délire de persécution avec auto-accusation : il voit sur tous les visages une expression mystérieuse, malveillante, haineuse ; il entend, derrière le mur de sa chambre, des voix qui disent qu'il faut le dénoncer au procureur de la République, ces voix l'appellent « misérable, cochon, vendu » ; ce sont, dit-il, les voix des « capitalistes » qui menacent de lui faire un grand scandale, parce qu'il a écrit contre eux des articles dans lesquels il les maltraitait ; il dit qu'il a fourni un prétexte à cette vengeance et qu'il comprend très bien pourquoi ils cherchent à forcer son bureau, pour enlever des lettres compromettantes pour lui et les porter au Procureur de la République, pourquoi ils remplissent sa chambre de ces animaux infects, etc. La parole du malade est lente, débitée sur un ton triste ; il déclare souvent qu'il n'aurait pas dû écrire contre les « capitalistes ».

Il passe des nuits sans sommeil. L'appétit est nul, le malade a surtout le dégoût de la viande. Il a des crampes douloureuses au niveau des membres inférieurs. Le dynamomètre marque à droite 48, à gauche 43. Tremblement des mains très accentué.

Dans les *antécédents personnels*, on ne trouve aucune maladie grave, et, ainsi que nous l'avons déjà dit tout à l'heure, il n'existe pas chez lui de stigmates psychiques ou physiques de dégénérescence. Dans les *antécédents héréditaires*, on trouve que le père est mort tuberculeux à quarante-trois ans et que la mère est morte à cinquante-huit ans d'une tumeur utérine. Le père et la mère n'étaient pas parents, et le père était plus âgé que la

mère de trois ans. Une sœur est vivante et bien portante, elle a trois enfants, tons bien développés. Sur la ligne maternelle, rien à noter ; du côté du père, plusieurs tantes ont présenté des affections pulmonaires de nature probablement tuberculeuse.

La malade est restée six semaines à l'asile ; il est sorti très amélioré, et son délire relatif aux « capitalistes » a totalement disparu en même temps que les différentes hallucinations. Depuis, nous avons eu l'occasion de le rencontrer plusieurs fois, il est complètement guéri.

Il s'agissait évidemment dans ce cas d'un accès d'alcoolisme subaigu ; la multiplicité des hallucinations, la zoopsie, les troubles gastriques, le tremblement, en sont des preuves manifestes. Mais, en même temps, le malade a imaginé un délire de persécution dans lequel il se représentait comme une victime coupable, comme un persécuté auto-accusateur.

Nous allons exposer maintenant notre second cas, et nous comparerons ensuite nos persécutés auto-accusateurs alcooliques avec les persécutés auto-accusateurs dégénérés de M. Gilbert Ballet.

Il s'agit, cette fois, d'une femme, d'une nommée P..., âgée de quarante-sept ans, concierge, entrée le 21 décembre 1893, à la clinique de l'asile Sainte-Aune, dans le service de mon excellent maître, M. le professeur Joffroy. L'extérieur de cette malade est bien remarquable. Imaginez un être humain, dont les yeux, le nez, la bouche, les oreilles, toutes les muqueuses et toute la peau seraient soumis à des excitations pénibles continues : vous le verrez cherchant à éloigner de ces différentes régions la cause de sa souffrance : il clignotera des yeux, il toussera, il crachera, il se monchera sans cesse, il se bouchera les oreilles, remuera sans discontinuer ; eh bien, tel est l'habitus extérieur de cette malade chez laquelle nous notons entre autres phénomènes, un ptyalisme excessivement intense, puisqu'elle mouille jusqu'à cinq, six mouchoirs par jour, et cela depuis fort longtemps. Son interrogatoire est très laborieux, elle est réticente et, par moment, complètement muette. Voici en peu de mots son histoire, d'après des renseignements fournis par des parents et aussi d'après le récit que nous avons pu lui arracher.

Elle n'a présenté aucun trouble psychique jusqu'en 1885. En qualité de concierge, elle prenait de temps à autre des petits verres de rhum. En 1885, elle perd son mari, et comme dans le cas précédent, pour noyer son chagrin, elle boit davantage et plus régulièrement du rhum, du vermouth, du madère, du vin blanc. Elle a bientôt des gastralgies et des céphalalgies matinales. En 1888, elle devient la maîtresse d'un des employés d'un locataire. Les excès alcooliques redoublent : effets de la joie. En 1890, son amant la quitte. Son chagrin est très vif : nouvelle recrudescence de ses excès. Elle devient triste, s'enferme souvent dans sa loge. Puis, un jour, elle détourne une lettre destinée au locataire qui employait son amant, sous l'influence de cette idée dominante, que le locataire en question avait appris ses relations et qu'il la faisait suivre par la police.

En février 1891, elle a eu, en pleine nuit, un accès de délire, avec hallucinations visuelles terrifiantes, elle appelait au secours, à l'assassin. En mars 1891, nouvel accès nocturne, à la suite duquel elle est conduite à l'infirmerie du dépôt, où le D^r Legras rédige le certificat suivant : « Délire mélancolique d'origine probablement alcoolique. Hallucinations de la vue ; réticence. Insomnie ; cris à l'assassin. Refus de nourriture. Apathie. Indifférence. Idée de persécution. Tremblement des mains et de la langue. » Deux jours après, elle est examinée par M. Magnan, et son nouveau certificat est ainsi conçu : « Délire alcoolique avec hallucinations, peurs, craintes, frayeurs, excitation. Tremblement des mains. » Je n'insiste pas sur les pérégrinations ultérieures de la malade. Disons seulement qu'elle a quitté l'asile de Vacluse en août 1892, nullement guérie, et dans l'état où nous la voyons aujourd'hui. Le 21 décembre dernier, elle se présente à la consultation externe de la clinique Sainte-Anne. Là, elle est examinée par M. le professeur Joffroy, qui l'engage à entrer dans son service.

Actuellement, son état peut se résumer de la façon suivante : On lui jette, dit-elle, dans tous les orifices, bouche, narines, oreilles, des « imbécillités qui ont un goût de martyr, de traître » ; elle entend des discussions interminables dans l'intérieur de sa tête et en dehors

d'elle ; les hallucinations auditives sont chez elle de caractère différent pour chaque oreille : à l'oreille droite on lui dit des choses désagréables, à l'oreille gauche on lui dit des paroles de consolation, de défense. On lui dit notamment, à l'oreille gauche, qu'elle doit faire de la politique, et que Carnot lui-même la défendra contre les traîtres. On la tourmente aussi en lui faisant passer devant les yeux des têtes de morts, ou des membres de morts ; on lui fait passer sous le nez des odeurs de soufre, et les aliments qu'elle mange ont goût de pourriture. On lui *cerne* la gorge et la bouche. Il y a des *serpents* qui remplissent sa tête, qui voyagent dans son corps, qui irritent ses organes génitaux, qui lui ôtent la pensée et l'empêchent de parler. Ce sont certains « Duf... » qui la torturent de la sorte, parce qu'étant, en 1888, concierge dans une maison de la rue d'Assas, elle a eu pour amant l'employé de ces Duf... Ces derniers ont mis la justice au courant de sa mauvaise conduite, et depuis 1890 des individus de la police l'espionnent, la regardent, pendant que les Duf... se livrent sur elle à toutes sortes de tortures. Remarquons que toutes ces idées de persécution partent de cette première conception que les Duf... l'ont dénoncée à la police pour sa mauvaise conduite ; les conceptions délirantes ne sont pas, il est vrai, rénnies en vertu d'une logique bien serrée, elles arrivent un peu au hasard, mais n'oublions pas qu'elles sont sous la dépendance d'hallucinations multiples, variées, d'origine alcoolique, et qu'en outre, l'alcoolisme chronique a déterminé chez elle un léger affaiblissement intellectuel, en particulier pour la mémoire : ainsi, elle ne se rappelle pas son âge, et répond en hésitant quarante-sept ou quarante-neuf ans. Elle ne sait ni la date de sa naissance, ni le quantième du mois. La parole n'est pas modifiée, l'écriture est celle d'une femme illettrée, elle est, en outre, légèrement tremblante, ce qui tient à de petites oscillations de ses mains. La sensibilité cutanée est égale des deux côtés. Il n'existe pas de rétrécissement du champ visuel. Pas d'anesthésie des conjonctives ni de l'épiglotte. Les pupilles moyennement dilatées sont égales, et les deux réflexes (lumineux et accommodateur) sont conservés. Les artères radiales et temporales sont dures et sinueuses. Pas de souffle au cœur qui ne présente pas

d'arythmie. Aucun signe de dégénérescence physique.

Dans les antécédents héréditaires, on trouve une sœur qui a eu la chorée à trois ans et à seize ans. Nous avons vu que, dans ses antécédents personnels, on ne relève aucun signe de dégénérescence.

Dans nos deux cas, on retrouve le trait caractéristique qui les rapproche des cas décrits par M. Gilbert Ballet chez les dégénérés. Nos deux alcooliques se présentent comme des victimes coupables, comme des persécutés auto-accusateurs qui savent pourquoi leurs ennemis les tourmentent et les poursuivent : le premier, parce qu'il a écrit des articles injurieux contre les « capitalistes », la seconde, parce qu'elle avait une mauvaise conduite ; au fond de leur âme, ils reconnaissent tous les deux que tout cela ne serait pas arrivé si leur façon d'agir avait été différente. Il est encore à noter que chez notre deuxième malade le délire tourne autour d'une question d'ordre génital, comme chez les quatre hommes cités par M. Ballet ; cependant, notre premier malade a un délire qui ne touche en rien à cet ordre d'idées ; chez lui, c'est plutôt une question professionnelle : il est journaliste, il a écrit des articles contre une certaine classe de la société, c'est dans ce fait qu'il trouve le sujet de son délire. Nous retrouvons, de plus, chez nos deux malades, la résignation, le découragement qui, à première vue, font ressembler les malades à des mélancoliques anxieux. Jamais ni l'un ni l'autre n'ont cherché à réagir d'une façon plus ou moins violente contre leurs persécuteurs ; la seconde malade a passé seize mois en liberté après sa sortie de Vacluse, elle était dans le même état mental qu'aujourd'hui, les Duf..., qui la poursuivaient, étaient tout près d'elle, et cependant elle n'a jamais songé à se venger. C'est, d'ailleurs, assez logique de la part des malades de ce genre, puisqu'ils reconnaissent que toutes les persécutions qu'ils subissent ont une certaine raison d'être. Ni l'un ni l'autre n'ont eu des idées de suicide. Nous avons vu quelle place considérable occupaient dans le délire de nos deux alcooliques les hallucinations de toute sorte : visuelles, auditives (sensorielles et psychomotrices), olfactives, gustatives, etc... La malade de M. Ségla a également présenté des hallucinations audi-

tives et visuelles. Chez notre seconde malade il existe même une différenciation très nette dans les hallucinations auditives de chaque côté : oreille droite, injures ; oreille gauche, consolations. Nos malades diffèrent en cela de ceux de M. Ballet. Ses persécutés auto-accusateurs n'ont pas généralement d'hallucinations, sauf un seul, je crois, l'exhibitionniste. Mais cette différence s'explique aisément par le terrain spécial sur lequel a germé le délire de nos malades : tandis que les persécutés auto-accusateurs de M. Ballet sont des dégénérés simples, sans aucune intoxication, les nôtres, tout en étant plus ou moins prédisposés aux troubles mentaux, sont avant tout des alcooliques. Le degré de persistance et de ténacité des conceptions délirantes n'est pas le même chez nos deux malades : le premier s'est débarrassé en deux mois de ses idées de persécution avec auto-accusation ; elles ont disparu avec les hallucinations de son délire alcoolique subaigu ; chez la femme, au contraire, les conceptions délirantes ont des tendances à s'éterniser puisqu'elles durent depuis plus de trois ans, sans subir aucune modification. Il est bon de noter aussi une particularité relative au cadre du délire. Les malades de M. Ballet présentent tous un délire dont les idées de persécution restent dans le cadre étroit de l'auto-accusation. Par exemple, son malade à la monorchidie accidentelle, humilié de cette infirmité, a fini par se convaincre qu'autour de lui tout le monde y faisait sans cesse allusion. Nous observons le même phénomène chez notre alcoolique subaigu ; chez lui aussi tout le délire tournait autour de ses articles diffamatoires contre les « capitalistes ». Mais chez notre alcoolique chronique, on observe autre chose : elle présente non seulement des conceptions délirantes relatives à son incontinence, mais encore d'autres qui n'ont rien à faire avec cette question ; elle entend notamment, du côté gauche, qu'elle doit faire de la politique, que « Carnot lui-même » la défendrait contre « ces traîtres ». Ici, l'alcoolisme chronique a déterminé un affaiblissement intellectuel qui nous explique l'apparition de ces idées mégalomaniaques qui ne cadrent en aucune façon avec les autres idées délirantes.

En somme, nous voyons que le délire de persécution

avec auto-accusation peut se rencontrer aussi bien dans la dégénérescence mentale que dans l'alcoolisme subaigu ou chronique; seulement, dans les cas d'alcoolisme, il emprunte à ce dernier ses caractères cliniques, comme les hallucinations multiples, le tremblement à petites oscillations, la marche, la terminaison. En effet, dans notre deuxième cas, il y a manifestement tendance à la démence, ce qui est la terminaison ordinaire de l'alcoolisme chronique; chez notre premier malade, le processus morbide d'origine alcoolique a été très passager, c'est pourquoi son délire de persécution avec auto-accusation a disparu si rapidement.

Un mot encore au sujet de l'intérêt médico-légal de semblables cas. Nous avons remarqué que très souvent les persécutés auto-accusateurs s'accusent de faits réels. Il peut arriver qu'un malade de cette catégorie s'accuse d'un délit quelconque, d'un vol, par exemple, qui, après une enquête faite judiciairement, sera reconnu comme ayant été réellement commis. Quel sera le degré de responsabilité d'un pareil malade? Pourra-t-on lui intenter un procès et, dans ce cas, quelle sera l'attitude de l'expert chargé d'examiner l'inculpé? En supposant que l'individu était sain d'esprit au moment de l'exécution de son délit, pourra-t-on lui appliquer une pénalité quelconque dans son état actuel de maladie? Je ne fais que poser des questions sur un cas problématique; mais je crois que des cas pareils sont possibles, qu'ils pourront un jour ou l'autre se présenter, et qu'il serait très intéressant de savoir comment un expert en aliénation mentale guiderait dans ce cas l'opinion des magistrats.

M. CHARPENTIER. — En 1886, j'ai communiqué à la Société, devant en quelque sorte le désir si souvent réitéré depuis par M. Falret, un travail sur les idées morbides et les délires de persécution. J'avais alors décrit rapidement les variétés que j'avais réunies en sept groupes. Dans le cinquième groupe, celui des persécutés mélancoliques anxieux, j'ai désigné ces malades sous le nom d'auto-persécuteurs; je n'ai constaté chez eux ni alcoolisme, ni dégénérescence; j'avais été frappé de la fréquence de la phtisie pulmonaire et les avais même rapprochés de la folie du soupçon alors observée par le professeur Ball sur les phtisiques.

J'ai, depuis trois ans, dans mon service, un cas particulier d'auto-persécuteur; c'est un homme de cinquante ans, issu d'une famille honorable, employé d'administration, ivrogne invétéré, qui s'est rendu coupable d'un outrage aux mœurs constaté. Déjà séquestré dix ans avant pour une mélancolie alcoolique simple, il y fut de nouveau dirigé depuis; il se reconnaît comme coupable non seulement de ce délit, mais d'un grand nombre beaucoup plus graves et qu'il ne veut pas faire connaître; il mérite la mort et se plaint de la compassion injuste qui s'attache à lui pour l'empêcher de subir son sort, très justement mérité; il refuse de sortir de l'asile, ne veut pas rentrer dans son administration à laquelle il porterait honte; il n'a pas d'hallucination, n'est pas anxieux, n'a pas d'autre délire, et est très correct dans sa tenue et dans sa conduite. Je n'ai pas encore vu d'autres cas de ce genre.

M. J. SÉGLAS. — Depnis que M. Ballet a attiré l'attention sur les persécutés auto-accusateurs, par sa communication au Congrès de Blois, je me suis attaché à étudier la valeur séméiologique du délire d'auto-accusation; le résultat de ces recherches cliniques m'a amené à ces conclusions que j'ai développées cet hiver dans mes conférences à la Salpêtrière, que le délire d'auto-accusation, contrairement à l'opinion encore généralement admise aujourd'hui, n'est nullement par lui-même caractéristique de la mélancolie; que s'il se rencontre habituellement dans cette forme vésanique, il ne lui est nullement spécial et peut se manifester au contraire dans bien d'autres maladies mentales; en un mot, si l'on peut dire, suivant les idées émises par Morel, développées par M. Magnan, qu'il n'y a pas un délire de persécution, un délire de grandeur, un délire religieux, etc., on peut dire également qu'il n'y a pas un délire d'auto-accusation.

On le trouve, en effet, non seulement dans la mélancolie, mais aussi dans les différentes variétés de folie intermittente, dans la paralysie générale, dans la confusion mentale primitive où sa présence n'avait pas pu contribuer à l'erreur de Baillarger qui, voyant dans ces idées de nature triste une preuve de l'activité réelle de l'esprit, rattachait indistinctement et en bloc tous les faits de ce

genre à la mélancolie. Les idées d'auto-accusation peuvent se manifester encore dans l'alcoolisme, ainsi que M. Roubinowitch vient d'en donner la preuve par ses intéressantes observations. Je ferai remarquer à ce propos qu'il y a une douzaine d'années déjà, Moeli avait signalé chez les alcooliques la présence d'idées d'auto-accusation à côté des idées de persécution habituelles.

Ces mêmes idées se rencontrent encore dans quelques-uns de ces cas disparates englobés à l'étranger, d'une façon souvent trop générale, sous le nom de Paranoïa aiguë ; je veux parler de ceux qui correspondent alors plus exactement à ce que certains auteurs français désignent sous le nom de délire d'emblée polymorphe des dégénérés. Le diagnostic avec un accès de mélancolie ne laisse pas que d'être parfois alors assez délicat. J'ai vu, par exemple, l'année dernière, une jeune malade qui se présentait à l'observation avec des idées d'auto-accusation de teinte mystique très accentuée, elle était damnée, coupable de toutes sortes de fautes, elle avait damné tout le monde, etc. ; en même temps, mutisme, refus d'aliments, agitation anxieuse par intervalles, etc. La simple notation de ces symptômes aurait pu faire croire à un accès de mélancolie délirante ; mais (je n'ai pas à insister d'ailleurs ici sur ce point) ce n'est pas tant la notation seule des symptômes qui importe au diagnostic, que la détermination de leurs rapports respectifs résultant du fonds pathologique même qu'ils traduisent au dehors et de l'évolution de l'ensemble symptomatique. Or, envisagée à ce point de vue, notre malade apparaissait non plus comme une mélancolique, mais son accès délirant, par la détermination des antécédents, par le mode de début et d'évolution, se présentait sous la physionomie habituelle des délires d'emblée, primitifs. D'ailleurs elle a présenté plus tard des symptômes qui eussent suffi à lever tous les doutes, tels que hallucinations nombreuses, idées véritables de persécution, idées de grandeur épisodiques.

Les idées d'auto-accusation se rencontrent encore dans les délires systématiques chroniques (Paranoïa chronique des étrangers, délire des dégénérés des auteurs français) ; et c'est alors surtout qu'elles s'associent avec le délire des persécutions si fréquent d'ordinaire en ces

circonstances. C'est là surtout que M. Ballet les a envisagées dans son mémoire qui est certainement, à ma connaissance, le mieux étudié qui existe sur la question. Nous devons toutefois à l'impartialité de reconnaître que déjà, il y a douze ou treize ans, Westphal s'élevait contre cette idée, que la simple notation d'idées d'auto-accusation suffise pour caractériser le délire mélancolique, et le différencier du délire des persécutions de la folie systématique. Il faisait très justement remarquer que sans doute, à l'inverse de ce qui se passe dans la folie systématique, les mélancoliques s'accusent eux-mêmes, mais que des auto-accusations peuvent aussi s'observer dans la folie systématique, émanant alors des idées de persécution et que ce n'était pas la formule, mais la genèse des idées délirantes, qui est prépondérante pour le diagnostic.

D'autres auteurs allemands, partageant cette manière de voir, avaient même signalé des cas, intermédiaires pour ainsi dire à la mélancolie et à la folie systématique, ayant de la première les conceptions délirantes, la formule clinique extérieure en quelque sorte, mais par le fonds se rapprochant en réalité de la seconde.

Quoi qu'il en soit, il est un fait, aujourd'hui de toute évidence, c'est que les idées d'auto-accusation peuvent se rencontrer avec des idées de persécution dans la folie systématique. Je désire seulement attirer l'attention sur ce point, c'est que les rapports respectifs que ces deux ordres d'idées affectent alors entre elles peuvent différer suivant les cas. Tantôt elles sont simplement coexistantes ou même alternantes, mais sans être reliées l'une à l'autre par un lien logique ; vivant au contraire de leur vie propre, chacune pour son compte, elles peuvent même en quelque sorte se présenter comme contradictoires. J'ai pu observer, par exemple, un jeune homme, héréditaire manifeste, qui d'emblée fut pris d'accidents délirants. Au début, il n'exprimait que des idées de formule mélancolique, culpabilité, auto-accusation ; puis, quelque temps après, sont apparues des idées très nettes de persécution. Ces deux ordres d'idées délirantes s'accrochèrent par la suite, mais en suivant en quelque sorte un développement parallèle, sans jamais se mélanger. Elles alternaient même l'une avec l'autre, à inter-

valles irréguliers dans lesquels elles se manifestaient seules, s'excluant pour ainsi dire réciproquement. Le malade apparaissait de cette façon sous des jours absolument opposés. A un moment, il ne manifeste que des scrupules d'avoir mal rempli ses devoirs, d'avoir fait des erreurs de comptes, de s'attirer les reproches de ses supérieurs, d'être compromis, damné, de déshonorer sa famille; il a des hallucinations surtout visuelles; il gémit, se lamente, pense au suicide. A un autre moment la scène délirante change d'aspect: les idées d'humilité, d'auto-accusation disparaissent et font place à de véritables idées de persécution basées sur un fonds d'orgueil. On est jaloux de lui, de ses capacités spéciales; on lui en veut pour cela et il accuse formellement d'autres personnes, des francs-maçons imaginaires, des inconnus, ses collègues ou même ses supérieurs, de tramer un complot contre lui par envie et pour entraver son avenir. Il s'imagine qu'on le suit, que les mots qu'il entend, les gestes qu'il voit, sont à son adresse: il a des hallucinations de l'ouïe injurieuses; il devient agressif et violent. Il y a donc là comme deux systèmes délirants alternants et contradictoires. Nulle trace d'ailleurs de paralysie générale; après quelques mois de ces alternatives spéciales, le malade est entré dans une période de rémission assez longue; puis les accidents délirants réapparurent, mais sous la forme habituelle du délire des persécutions typique, évoluant vers la chronicité.

Dans d'autres cas, les idées d'auto-accusation et celles de persécution sont reliées l'une à l'autre, elles s'enchaînent par une sorte de système analogue à celui qui rattache ordinairement l'idée de grandeur à l'idée de persécution.

Il peut se faire alors qu'elles ne se présentent que par bouffées successives, d'une façon épisodique. Ou bien, une fois installées, les idées d'auto-accusation persistent, définitivement associées aux idées de persécution. Ce sont ces derniers cas que M. Ballet a envisagés plus particulièrement dans ses publications. Depuis j'en ai observé pour ma part plusieurs exemples: deux ont déjà été publiés; les autres appuient également les conclusions de notre collègue. Aussi ne vous en parlerai-je pas, car je ne veux point abuser de votre attention. Je

vous demanderai cependant la permission de vous rapporter très brièvement l'observation d'une de mes malades de la Salpêtrière, un peu différente de celles de M. Ballet, et nous montrant que l'on peut rencontrer, reliées à un véritable délire de persécution, non seulement les idées d'auto-accusation, de culpabilité, mais d'une façon plus générale les idées que formulent habituellement les délirants mélancoliques.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, qui toute sa vie aurait été une hypocondriaque simple, examinant ses matières fécales, sa langue, consultant à la moindre occasion médecins sur médecins. En 1892, elle eut un accouchement assez difficile d'ailleurs, et à la suite duquel ses préoccupations hypocondriaques antérieures s'exagérèrent encore, mais sans arriver cependant jusqu'au délire. Mais six mois après, apparurent de véritables idées de persécution qui ne firent que se développer et se systématiser de plus en plus. Elle disait qu'on la regardait de travers dans la rue, elle voyait partout des allusions à sa personne et, à de certains faits passés qu'elle se rappelait d'autre part, elle arriva à la conviction formelle que la sage-femme qui l'avait accouchée, l'avait démolie par suite d'une machination organisée contre elle par le gouvernement, les prêtres, certains membres de sa famille, à propos de questions d'argent, d'un testament fait par une parente en sa faveur. C'est une vengeance, dit-elle, ils m'ont choisie parce que j'étais la plus innocente ; ce sont des misérables qui ont fait d'elle un sujet pour la médecine. Plus tard, sont apparues de nouvelles idées délirantes qui prédominent actuellement, bien que les anciennes persistent toujours. A la suite des manœuvres de ses ennemis, elle se considère comme perdue, tout son corps est démolí, désorganisé ; elle n'est plus qu'un être inutile, abêti, incapable de travailler, un encombrement, une pourriture qui empoisonnera toute la France, une bête immonde, etc. Ces idées s'accompagnent d'une anxiété continuelle, de gémissements monotones et ont provoqué deux tentatives de suicide récentes.

Voilà donc une malade qui, par certains points, préoccupations hypocondriaques, idées de persécution et d'auto-accusation, tentatives de suicide, se rapproche

beaucoup des cas de M. Ballet. Mais cette observation nous montre de plus que les idées proprement dites, d'auto-accusation, ne sont pas les seules idées de formule mélancolique qui puissent se rencontrer dans ces cas, où peuvent se montrer d'une façon plus générale toutes les idées d'humilité, de ruine, d'incapacité, de déchéance, etc., ayant au fond le même caractère divergent, centrifuge. De plus, si ces idées sont encore étroitement reliées aux idées de persécution, leur rapport est ici de sens inverse. Notre malade les exprime comme une conséquence des persécutions qu'elle subit; tandis que dans les faits de M. Ballet elles sont plutôt l'explication, la cause originelle ou la raison d'être. Aussi notre malade ne se regarde-t-elle pas comme une victime coupable suivant l'expression de notre collègue, mais elle reste, comme les vrais persécutés, une victime innocente, en butte à une vengeance imméritée.

En résumé, les idées d'auto-accusation en elles-mêmes ne sont nullement caractéristiques d'une forme vésanique déterminée. Elles ne suffisent pas, comme on le fait souvent à tort, à différencier la mélancolie avec délire du délire des persécutions systématique et ce n'est pas tant la formule que la genèse des idées délirantes qui peut servir alors d'élément capital de diagnostic. Aussi avais-je essayé, il y a déjà plusieurs années, d'attribuer alors au délire un certain nombre de caractères généraux qui puissent le déterminer plus exactement. Et c'est, je crois, ce qu'il faut faire pour toutes les variétés d'aliénation où ces idées pourront se rencontrer, au lieu d'attacher à la seule formule une importance qui serait exagérée.

M. ROUBINOVITCH. — Je ferai remarquer que ce qui fait l'originalité de ce cas, c'est le point de départ hallucinatoire.

*Sur un appareil propulseur destiné à remplacer
l'irrigateur dans l'alimentation forcée.*

M. LWOFF. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter, en mon nom et en celui de M. Proust, interne à l'asile d'Auxerre, un appareil destiné à faciliter l'introduction du liquide alimentaire par la sonde nasale.

Un simple entonnoir adapté au bout de la sonde serait préférable à tous les moyens existants, mais le liquide a une certaine consistance; la lumière de la sonde, déjà étroite en elle-même, est souvent encore diminuée ou même supprimée par un rétrécissement normal ou accidentel des fosses nasales, par un plissement de la sonde, par des parcelles alimentaires ou enfin par des mucosités qui viennent boucher l'œil de la sonde. Dans ces cas, on est obligé de faire pénétrer le liquide sous une pression assez forte et de se servir d'un propulseur. Jusqu'à présent on avait recours dans ce but à l'irrigateur, dont tout le monde connaît les inconvénients : c'est un instrument infidèle qui se déränge souvent ; il est presque impossible de le tenir propre ; il impressionne désagréablement certains malades à cause des autres usages auxquels il est destiné ; enfin, par la pression considérable qu'il produit et qu'il est difficile de modérer, il peut présenter des dangers entre les mains inexpérimentées.

Pour remplacer l'irrigateur, nous nous servons, comme vous le voyez, d'une poire en caoutchouc assez résistante placée sur le trajet de la sonde entre l'orifice inférieur et l'entonnoir.

En somme, la sonde est celle qu'on emploie habituellement. Quant à l'appareil propulseur, construit par Galante, il se compose :

D'un tube en caoutchouc vulcanisé de 25 à 30 centimètres dont le bout supérieur sert à recevoir l'entonnoir. Le bout inférieur est adapté à la poire qui présente à son extrémité inférieure un petit tube en métal, qui est introduit dans la sonde au moment où on veut faire pénétrer le liquide alimentaire dans l'estomac.

La sonde étant introduite séparément, on peut avoir recours à tous les moyens en usage pour s'assurer qu'elle n'est pas entrée dans les voies aériennes. Une fois la poire adaptée, on peut se servir, si l'on veut, d'un moyen récemment recommandé qui consiste à ausculter l'estomac pendant qu'on y injecte une certaine quantité d'air.

L'appareil étant placé, on verse le liquide alimentaire dans l'entonnoir. Si son propre poids suffit pour le faire passer à travers la sonde, l'opérateur n'a pas à intervenir et tout se passe comme si l'on n'avait qu'un simple

entonnoir. Si, au contraire, une certaine force de propulsion est nécessaire, on pince le tube en caoutchouc avec les doigts d'une main, entre l'entonnoir et la poire, pour empêcher le liquide de remonter et avec l'autre, on chasse le liquide dans la sonde en pressant plus ou moins fortement sur la poire. La poire vidée, on lâche le tube : le liquide est aspiré grâce au vide, et on recommence le même mouvement.

Le plus souvent, deux ou trois pressions suffisent pendant une séance d'alimentation, mais au besoin on pourrait répéter le mouvement à volonté.

Le pincement du tube entre les doigts pourrait être remplacé à la rigueur par une soupape placée, soit dans l'entonnoir, soit dans le tube en caoutchouc. Mais une soupape constitue une complication nouvelle qu'il vaut mieux éviter.

Il n'y a rien de plus simple que de nettoyer cet appareil dont toutes les parties constituantes sont d'ailleurs bien connues de tout le monde et que nous avons simplement cherché à combiner d'une façon pratique et peu compliquée.

La séance est levée à six heures.

PAUL SOLLIER.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies mentales; par le D^r H. Dagonet, avec la collaboration de J. Dagonet et G. Duhamel, 3^e édit., 1 vol. in-8°. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1894.

En 1862, M. Dagonet publiait son *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales*. Il était alors médecin en chef de l'asile de Stephansfeld, et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Moi-même, j'avais l'honneur d'être son interne, et je ne saurais oublier que c'est à ses leçons et dans son livre que j'ai puisé le goût des études auxquelles je devais consacrer mes efforts. C'est presque une dette de reconnaissance que j'acquitte, en venant, comme je l'ai fait en 1876 pour la deuxième édition, rendre compte d'un ouvrage qui, dès son apparition, devenait classique, et dont rien ne saurait mieux attester la valeur, que le fait qu'il en est aujourd'hui à sa troisième édition.

Quand parut le *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales* (1862), l'auteur disait dans sa Préface qu'il avait eu pour but principal de mettre « l'œuvre d'Esquirol à la hauteur des connaissances actuelles ». Il s'était placé « pour la rédaction de son travail, au point de vue purement médical et exclusivement pratique »; et, par une exagération de modestie à laquelle le lecteur ne saurait souscrire, « se défendant d'avoir eu la prétention de chercher à faire une œuvre originale », M. Dagonet n'ambitionnait d'autre mérite que celui d'avoir fait un « travail utile, en laissant de côté tout ce qui n'est pas marqué au coin de la description exacte et de l'exposition scientifique ».

L'auteur est resté fidèle à ces tendances générales; l'esprit qui anime l'ouvrage actuel est le même que celui d'il y a trente ans. Mais le cadre s'est singulièrement élargi, et, si, à bien des égards, le *Traité des maladies mentales* n'est que la troisième édition du *Traité élémentaire et pratique*, sous beaucoup d'autres rapports, c'est un livre nouveau, à visées plus larges et plus étendues.

En comparant les deux ouvrages, on peut se faire une idée exacte des progrès de la science mentale pendant les trente années écoulées ; le maître n'a pas un seul instant cessé de travailler à son œuvre, ne voulant pas qu'elle vieillît ou se démodât.

Le plan général est resté le même. Une première partie est consacrée à la *Pathologie générale* de la folie. On y trouvera une description complète et raisonnée de tous les symptômes constitutifs de l'aliénation mentale ; mais on y chercherait en vain, — et c'est de quoi il faut féliciter l'auteur, — des discussions métaphysiques sur le siège et la nature de l'âme, sur la raison, sur le moi et le non-moi, et autres sujets de ce genre, qui retrouvent faveur, quoique sous d'autres noms. On y lira avec intérêt le chapitre, malheureusement un peu court, consacré aux *hallucinations* et aux *illusions*, et celui où il est question des *troubles psycho-moteurs*. C'est parmi ces troubles que M. Dagonet range les *impulsions irrésistibles*, si fréquentes chez les aliénés, et qui, dans certains cas, chez les épileptiques, par exemple, ne sont qu'une simple décharge motrice inconsciente, ne laissant aucune trace dans les souvenirs du malade.

Dans la seconde partie est traitée la *pathologie spéciale* ; elle débute tout naturellement par les *classifications*.

Assurément, les questions de classification ne passionnent plus les aliénistes comme il y a quarante ou cinquante ans ; cependant, elles intéressent encore beaucoup de bons esprits qui croient qu'une science ne mérite véritablement ce nom que lorsqu'elle est pourvue d'une bonne classification.

Je ne sais pas si nous aurons jamais une classification des maladies mentales aussi parfaite que celle dont s'enorgueillissent les botanistes, et j'avoue que je n'en ai nul souci : il m'est impossible de voir là une question de première importance. Longtemps encore, nous devons nous contenter de classifications imparfaites ; ce qui n'empêchera pas le progrès. Quoi qu'il en soit, il faut bien, quand on veut étudier les formes de la folie, suivre un ordre et une méthode quelconques. Dans sa première édition, M. Dagonet ne s'était guère écarté de la classification d'Esquirol ; il avait pris parti pour elle et l'avait chaudement défendue. Jusqu'aux *monomanies*, alors déjà si décriées, il leur avait gardé une place ; la seule concession qu'il faisait à l'esprit nouveau, c'était de leur donner un autre nom, moins exclusif, celui de *mégélanie*.

La classification qu'il accepte aujourd'hui se rapproche de

celle que la Société de médecine mentale de Belgique a fait adopter au Congrès de 1889. Sous le nom de *vésanies*, elle comprend les formes anciennement décrites : manie, mélancolie, stupidité, délires systématisés chroniques, folies périodiques.

Après les vésanies viennent les *folies dégénératives* : création nouvelle de ces dernières années, et qui a fait une rapide fortune. On ne parle plus que de dégénérescence mentale, de folie dégénérative ; lui fait-on la part trop belle ? Ou, au contraire, n'est-elle pas beaucoup plus répandue encore qu'on ne l'imagine ? Car, à tout prendre, nous sommes tous, peu ou prou, des dégénérés ; tous nous nous éloignons plus ou moins du type primitif, idéal, parfait, que l'on attribue à l'homme, type qui, sans doute, n'a jamais existé. La question revient à déterminer à quel degré la dégénérescence devient un signe de maladie. Les stigmates physiques et les stigmates psychiques ont, sans doute, une grande valeur ; mais auquel d'entre eux donnerons-nous une valeur absolue ? Est-ce que d'une oreille mal venue ou d'un crâne irrégulier, nous serons autorisés à inférer l'existence d'une altération correspondante de l'intelligence ? Il me semble que la véritable preuve de la dégénérescence ne se trouve que dans le développement incomplet ou anormal de l'intelligence, dans ce que les Allemands ont qualifié du nom très pittoresque de *cerveau invalide*. Aussi bien, dans sa définition, M. Dagonet ne donne-t-il qu'une valeur secondaire aux tares physiques ; il n'admet pas l'existence d'une forme spéciale qui serait la *folie des dégénérés* ; mais il décrit des *folies dans la dégénérescence mentale*, et, en première ligne, il met la *débilité mentale*, puis la *débilité* et l'*imbécillité morales*. Cela me paraît ressortir nettement de ses conclusions.

Viennent ensuite, dans un autre chapitre, la *folie morale* et la *folie impulsive*, avec leurs variétés décrites autrefois comme des formes distinctes, telles que la *kleptomanie*, la *pyromanie*, la *dipsomanie*, etc. Pour M. Dagonet, la *folie morale* ne doit pas être considérée comme une forme clinique spéciale, mais comme un trouble mental dont le symptôme saillant est la perturbation du sens moral et des tendances instinctives. De sorte que l'on pourrait en quelque sorte différencier la folie morale de la folie des dégénérés en disant que dans celle-ci c'est surtout l'intelligence qui est atteinte, tandis que dans la folie morale, c'est le sens moral qui est spécialement perverti. On sait, d'ailleurs, que beaucoup d'auteurs, Maudsley entre autres, pensent que le sens moral peut être affecté isolément.

Dans les *folies névrosiques* nous trouvons, à côté de l'épilepsie, de l'hystérie, de la chorée, une autre névrose, d'invention assez récente, du moins sous son nom actuel, mais qui a rapidement conquis sa place au soleil, je veux dire la *neurasthénie* ou *nervosisme*. Affection nerveuse à manifestations multiples et générales, la *neurasthénie* joue un rôle considérable dans la pathologie nerveuse, et elle met à une rude épreuve la patience et la sagacité du médecin. Je ne crois pas qu'elle mène souvent à la folie proprement dite. Les malheureux neurasthéniques passent leur existence sur les frontières de la folie, et n'ont que de rares et courts intervalles de répit. Leur destinée est de souffrir et de faire souffrir leur entourage.

Tout ce qui a trait à l'*alcoolisme* est longuement traité. C'est là une question bien complexe. Il est malheureusement certain que l'usage, ou plutôt l'abus des boissons alcooliques, se répand chaque jour davantage. Ce phénomène ne s'observe pas seulement dans un pays, il est général. Partout, nous sommes à même de le constater. Il s'ensuit que la folie alcoolique devient, elle aussi, de plus en plus fréquente. Mais le principal facteur de cette folie, est-ce l'alcool vinique? Ne faut-il pas le chercher plutôt dans les innombrables composés plus ou moins frelatés, plus ou moins toxiques, avec lesquels on allèche le consommateur? J'incline à le penser, d'autant plus qu'il y a eu des époques où l'ivrognerie était très répandue, et cependant on ne connaissait guère la folie alcoolique : c'est que l'on ne buvait que des vins et des alcools naturels. Il eût été intéressant de voir cette question discutée par l'auteur.

La *paralysie générale*, cette singulière affection si fréquente de nos jours, et qui, cependant, n'est connue et décrite que depuis les premières années du siècle, est l'objet d'une étude complète et étendue. M. Dagonet la considère, avec raison, comme une affection spéciale, à caractères nets et tranchés. Un chapitre important est consacré à l'anatomie pathologique, et ce chapitre est dû à un collaborateur dont le concours a dû être particulièrement agréable à M. Dagonet. C'est, en effet, son fils, le Dr Jules Dagonet, médecin-adjoint de Sainte-Anne, qui, avec sa compétence reconnue et bien établie, s'est chargé de cette tâche. Il l'a fait d'une manière complète. Il ne pouvait évidemment donner des conclusions définitives; pour cela, il faudrait pouvoir examiner un cerveau de paralytique, tout au début de l'affection : alors, seulement, on aurait chance de voir le point de départ de la lésion. Cette question offre un intérêt

d'autant plus puissant et plus actuel, que, dans les dernières années, on a voulu assigner à la paralysie générale la syphilis comme cause sinon exclusive, du moins prépondérante. J'aurais souhaité que M. Dagonet, avec sa longue expérience, eût tranché cette importante question : j'aime à penser qu'il l'aurait résolue par la négative.

La démence, l'imbécillité et l'idiotie, le crétinisme, ont été traités dans des chapitres spéciaux. Ce qui est nouveau et ne se trouvait pas dans les deux premières éditions, c'est la partie consacrée à la médecine légale des aliénés. M. Dagonet, dont bien des fois les tribunaux ont invoqué les lumières, était dans les meilleures conditions pour préciser les règles de l'expertise médico-légale, les devoirs de l'expert, pour étudier tout ce qui a trait à la responsabilité morale et pénale des aliénés. Il n'admet pas chez l'aliéné une responsabilité partielle, proportionnelle ou atténuée. « Toutes les fois, dit-il, qu'une forme d'aliénation mentale sera nettement reconnue chez un inculpé, nous estimons qu'il faut conclure à l'irresponsabilité absolue. » Oui, sans doute, quand il s'agit d'un crime ou d'un délit inspiré par le délire ; ainsi, par exemple, le persécuté halluciné qui tue son ennemi imaginaire, ne saurait être tenu pour responsable. Mais, si ce même persécuté, enfermé dans un asile, vole le tabac ou l'argent de son voisin, ne méritera-t-il pas bel et bien une punition ?

Bien autrement scabreuses sont les questions de responsabilité relatives aux crimes ou délits commis pendant une période d'intermission, de rémittence, d'intervalle lucide. Comme M. Dagonet le fait remarquer, on ne saurait accorder aucune valeur aux intervalles lucides de courte durée, de quelques heures, d'un jour, venant interrompre le cours d'une affection mentale chronique ; mais, dans d'autres cas, dans les *folies circulaires*, par exemple, on est véritablement en présence d'une guérison temporaire, et il faut appliquer à l'individu la règle applicable à la guérison elle-même, le considérer comme jouissant de toute sa raison.

La tâche de l'expert est toujours fort délicate, aussi doit-il se maintenir sur le terrain médical ; ce qu'on lui demande, c'est de résoudre une question de diagnostic : il doit bien se garder de toute incursion dans le domaine des théories.

L'ouvrage se termine par un ensemble de considérations sur l'administration des asiles d'aliénés. Dans la première édition, ce chapitre était dû à la plume de Renaudin. Foville s'était

chargé de la tâche dans la deuxième édition. Cette fois, c'est le D^r Giraud qui a révisé et complété l'œuvre de ses prédécesseurs. Son expérience personnelle lui donnait la compétence voulue, et il a certainement atteint le but qu'il se proposait, de guider ses collègues d'une façon sûre dans les nombreuses sinuosités du labyrinthe administratif.

Je crois en avoir assez dit pour montrer que le *Traité des maladies mentales* de M. Dagonet est une œuvre considérable : il résume la vie scientifique d'un maître expérimenté qui a consacré sa carrière à l'étude et au soulagement des aliénés. Soit à Stephansfeld, dont il a été le médecin en chef pendant dix-sept ans, soit à Sainte-Anne, où est venue l'atteindre l'heure de la retraite, M. Dagonet a vu de près et dans toutes les conditions imaginables les malades qu'il a décrits : c'est là ce qui donne à son ouvrage son caractère si essentiellement pratique, et ce qui en fait le guide indispensable de quiconque veut s'adonner à l'étude des maladies mentales. Comme dans l'édition de 1876, de nombreuses photogravures en couleur viennent illustrer le texte, et rendent plus saisissante la description des manifestations extérieures des vésanies.

M. Dagonet a eu des collaborateurs, dont il ne voudrait pas que le nom fût omis, ce sont : MM. le D^r Duhamel, l'un des traducteurs du livre de Schüle, le D^r Giraud, son neveu, le D^r Kœberle, son ancien collègue à la Faculté de Strasbourg, à qui est dû l'article *Crétinisme*. Mais, comme je l'ai dit plus haut, celui dont le concours a dû le plus le réjouir, c'est assurément son fils, le D^r Jules Dagonet, qui s'est réservé les questions d'anatomie pathologique. Ainsi se continuent dans la famille de M. Dagonet les traditions de science et de travail auxquelles trois générations déjà sont restées fidèles : le père, le D^r Grégoire Dagonet, a été le créateur de l'asile de Châlons; M. Dagonet, lui-même, a été pendant trente ans médecin en chef à Stephansfeld et à Sainte-Anne; son fils, le D^r Jules Dagonet, également médecin à Sainte-Anne, ne laissera pas faillir cet héritage. Et je fais en terminant le vœu que cette troisième édition s'écoule assez vite pour que M. Dagonet soit obligé de nous en donner bientôt une quatrième.

J. CHRISTIAN.

Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique; par le D^r Ch. Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif. 1 vol. in-4°. G. Masson. Paris, 1894.

Le D^r Ch. Vallon vient de publier, sur l'intéressante question des pseudo-paralysies générales, un mémoire substantiel auquel l'Académie de médecine a décerné le prix Civrieux de l'année 1892. Cette question des pseudo-paralysies générales a divisé dès l'origine et divise encore les aliénistes. Outre son intérêt théorique, elle a une importance pratique considérable. Suivant la solution adoptée, le pronostic, dans chaque *espèce*, variera du tout au tout.

Le D^r Vallon prend parti dans la querelle sans aucune ambiguïté, et, dès l'introduction de son ouvrage, il nous fait connaître la doctrine à laquelle il se rallie : cette doctrine est la *non-existence, en tant qu'entités morbides*, des pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique. Il établit son opinion, non pas seulement sur des observations et sur des faits qui lui sont personnels, mais aussi sur l'analyse et sur la discussion des observations mêmes publiées, à l'appui de leur thèse, par les créateurs des pseudo-paralysies générales.

Voici comment se pose le problème. Trois opinions se sont produites au sujet des rapports du saturnisme et de l'alcoolisme avec la paralysie générale : « Les uns font jouer à ces intoxications un rôle dans la genèse de la paralysie générale; les autres, au contraire, leur refusent toute espèce d'influence. Entre ces deux opinions extrêmes, il s'en est élevé une troisième qui est celle-ci : l'alcoolisme et le saturnisme ne produisent pas la paralysie générale vraie, mais seulement une forme fruste de la méningo-encéphalite, une pseudo-paralysie générale. »

Cette troisième opinion, qui conclut à l'existence des pseudo-paralysies, est de date relativement récente. Elle a été soutenue, pour le saturnisme, par le professeur Ball, par Régis, Meyer, Rouillard, Parelle; en ce qui concerne l'alcoolisme, par Nasse, par le professeur Ball, par Régis, Rouillard, Lacaille. Elle est née, en partie tout au moins, nous dit M. Vallon, de l'opposition existant entre l'idée — devenue presque un dogme — de l' incurabilité de la paralysie générale vraie et la guérison, réelle ou apparente, de certains cas reproduisant le tableau clinique de la paralysie générale et reconnaissant pour leur cause l'alcoolisme et le saturnisme. La paralysie générale *vraie* ne guérissant pas, les saturnins et les alcooliques ressemblant à des

paralytiques généraux, mais qui guérissent, sont atteints non pas de paralysie générale, mais d'une *pseudo-paralysie générale*. M. Vallon pense que l'on a exagéré l'incurabilité de la paralysie générale, il accepte en principe que, exceptionnellement et dans sa première période, la paralysie générale peut guérir, ou à peu près; l'argument précédent est donc ruiné *ipso facto*. Ensuite, serrant de près les observations des auteurs, il montre que « beaucoup de faits publiés comme des cas de pseudo-paralysie générale ne sont que des cas un peu lourds de saturnisme ou d'alcoolisme. » Dans ces cas, il y a eu simplement erreur de diagnostic. — Pour d'autres faits, il résulte des termes mêmes des observations que le malade considéré comme guéri conservait de l'*inégalité pupillaire* seule ou associée à un certain degré d'*embarras de la parole* ou d'*affaiblissement intellectuel*. Ici, l'interprétation est encore plus aisée : ces malades sont des paralytiques généraux vrais en rémission plus ou moins complète, et l'on a pris pour la maladie tout entière ce qui n'en était qu'une période; quand on peut les suivre ultérieurement, il est assez fréquent de les voir finir par la paralysie générale la plus caractérisée (Nasse, Vallon).

« En présence d'un de ces cas douteux, dit le Dr Vallon, porter le diagnostic de pseudo-paralysie générale, c'est faire, suivant l'expression originale de M. Pierret, un *pseudo-diagnostic*. Comme le disent avec raison MM. Taty et Belous, le mot de pseudo-paralysie générale a fait une trop grande fortune, et il conviendrait de l'abandonner, car il n'y a point de pseudo-maladies. — A mon avis, ce que l'on a décrit sous le nom de pseudo-paralysie générale alcoolique ou saturnine ne constitue pas une maladie, mais simplement l'une des phases d'une évolution morbide. On ne devient pas du jour au lendemain de saturnin ou d'alcoolique paralytique général... Le travail pathologique, de durée d'ailleurs très variable, qui aboutit à la sclérose cérébrale, peut être continu, ininterrompu, ou au contraire se faire par poussées successives. Après une intoxication plus ou moins prolongée par le plomb ou l'alcool, apparaissent des symptômes de paralysie générale mêlés à ceux de l'intoxication, et alors ou bien ils s'accroissent et la paralysie générale se constitue définitivement, ou bien, au bout d'un certain temps, ils disparaissent en totalité ou en partie. Dans ce dernier cas, se trouve réalisé le tableau clinique auquel on a donné le nom de pseudo-paralysie générale. Le plus souvent, le sujet n'est pas guéri; tôt ou tard, il présente de nouveau tous les symp-

tômes de la paralysie générale et finit par succomber à cette affection... Ce qu'on avait pris pour une entité morbide particulière et décoré d'un nom spécial n'était qu'une phase de la maladie; on se trouvait en présence d'un de ces exemples plus communs qu'on ne le croit généralement de paralysie générale en rémission. Dans quelques cas, rares il est vrai, on a affaire à une véritable guérison. Mais dans la première période de la paralysie générale, quand le processus pathologique n'en est encore qu'à la phase congestive, on peut exceptionnellement observer des guérisons, alors que la maladie n'a rien à voir ni avec le saturnisme, ni avec l'alcoolisme. Les faits désignés sous les noms de pseudo-paralysies générales ne sont donc que des cas de rémission ou de guérison de paralysie générale vraie. Pourquoi alors les ériger en entité morbide distincte et leur donner un nom particulier? »

On voit, par la rapide analyse et par les citations que j'ai faites de cet important travail, avec quelle netteté l'auteur expose sa conception des pseudo-paralysies générales. Ses arguments, tous empruntés à la clinique, sont démonstratifs et de nature à entraîner la conviction, d'autant plus qu'ils tirent une autorité particulière de la grande expérience du D^r Vallon sur tout ce qui se rapporte à la paralysie générale. Le public médical, comme l'Académie de médecine, estimera que ce mémoire avance beaucoup la solution d'un problème encore très controversé.

F.-L. ARNAUD.

Die pathologische Histologie der Grosshirnrinden-Erkrankung bei der allg. progr. Paralyse (Histologie pathologique de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale); par Otto Binswanger; 1 vol. in-8°, Iéna, 1893.

Dans la préface de ce travail, le D^r Binswanger dit qu'il est nécessaire de mettre plus de clarté et de méthode dans l'étude des formes cliniques et de l'anatomie pathologique de la paralysie générale. Le lecteur sera peut-être désillusionné : il pourra reprocher à l'auteur de s'être écarté de son programme, la description lui paraîtra diffuse, un trop grand nombre de digressions dérouteront son esprit et la planche jointe à l'ouvrage ne le satisfera pas. Il ne s'agit pas non plus d'une monographie, malgré le titre adopté; cette monographie serait

en effet incomplète, on n'y trouve ni la critique des travaux antérieurs, ni la mention des recherches récemment faites dans le laboratoire de Flechsig par Schütz (voir *Ann. méd.-psych.*, 1893, p. 410, etc.). C'est là plutôt l'exposé des vues personnelles de Binswanger : quelques-unes sont discutables, d'autres présentent un réel intérêt.

Les lésions de la paralysie générale ont été longtemps interprétées d'une manière théorique, ce sont les idées anciennes sur l'inflammation qui ont fait considérer la paralysie générale comme une affection inflammatoire, encéphalite interstitielle ou encéphalite parenchymateuse (simple question de mode, dit Binswanger). Après avoir examiné les définitions de l'inflammation données par Rokitsanski, Virchow, Cohnheim, Recklinghausen, Arnold, Thoma, Zeigler, Weigert, Binswanger s'arrête à la définition de Landerer. D'après Landerer, l'inflammation porte en premier lieu sur l'épithélium, puis sur le tissu conjonctif et sur les vaisseaux. Il existe des tensions différentes dans les vaisseaux pendant l'inflammation : les modifications qui se produisent dans les tissus retentissent sur la circulation.

L'hyperémie inflammatoire et l'exsudation peuvent être expliquées par la diminution de la résistance des tissus et de leur élasticité : cette dernière cause produit le ralentissement de la circulation : « L'inflammation est déterminée par la dilatation des vaisseaux due aux différences de tension. L'exsudation se montre en même temps que les lésions des tissus ou elle leur est consécutive ; ce n'est que plus tard que l'on observe les processus réparateurs, la néoformation par les éléments cellulaires fixes. »

Binswanger décrit la paralysie générale comme un trouble de nutrition primitif, lentement progressif, amenant la dégénérescence et la destruction du tissu nerveux. Les processus inflammatoires qui s'établissent plus tard accompagnent les processus réparateurs : il y a alors, comme dans toutes les affections aiguës, des altérations des vaisseaux et du tissu interstitiel.

L'auteur examine vingt et un cas de paralysie générale, les uns récents, dont la marche a été interrompue par une mort accidentelle, sans qu'il se soit produit d'attaques paralytiques ; d'autres dans lesquels la mort par attaque paralytique est survenue dans le stade initial ; d'autres cas, enfin, à marche aiguë et suraiguë. Il expose longuement les méthodes techniques et l'histologie normale des éléments nerveux. Il partage

l'opinion de Golgi sur les fonctions nutritives des prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses (cette opinion pourtant n'est plus acceptée); il admet dans le tissu interstitiel une substance fondamentale amorphe, des cellules névrogliques ectodermiques avec formation cornée, des cellules névrogliques mésodermiques parmi lesquelles il classe les cellules de Deiters et de Golgi, et des fibrilles très nombreuses partant des cellules. Beaucoup de ces allégations sont discutables : nous renverrons le lecteur à l'exposé que nous avons fait de ces questions. (J. Dagonet, *Les éléments nerveux*, O. Doin, 1893.)

Binswanger aborde enfin l'histologie pathologique de la paralysie générale. Il dit très justement que le grand nombre des noyaux que les auteurs ont signalé dans l'écorce cérébrale ne prouve pas qu'il s'agisse d'une prolifération : une destruction de la substance nerveuse fait paraître ces noyaux plus rapprochés, et la disparition des fibres à myéline signalée par Tuczeck démontre la réalité de cette destruction. « Les auteurs qui se sont fait un schéma général de l'inflammation, ajoute-t-il, et qui ont admis une prolifération nucléaire, auraient dû prouver que ces processus actifs existaient dans les stades initiaux de la paralysie générale, montrer des figures de karyokinèse, etc. Les seuls processus de prolifération nucléaire évidents sont ceux des parois vasculaires. » De nombreuses cellules migratrices se trouvent aussi dans les espaces lymphatiques, cette migration est due à la stase veineuse.

Binswanger admet une *forme hémorragique* de la paralysie générale qu'il a déjà décrite antérieurement; elle est justifiée par de nombreux résidus sanguins, en même temps que par la dégénérescence hyaline des parois vasculaires. On acceptera aussi son opinion sur les *formes galopantes* de la paralysie générale qui sont très différentes des formes de début et qui présentent surtout des lésions inflammatoires. Il en est de même pour les formes *méningées*, décrites par Meyer, où l'inflammation porte sur les vaisseaux et les méninges. Les formes à *marche aiguë* peuvent exister sans réaction inflammatoire : les processus réparateurs, les altérations de la névroglie appartiennent aux stades avancés.

La paralysie générale *typique*, conclut Binswanger, est caractérisée au point de vue anatomique par un processus de dégénérescence et d'atrophie qui atteint, suivant toute vraisemblance, d'abord les ramifications les plus fines des fibres

nerveuses, puis les fibres à myéline plus volumineuses et les cellules nerveuses. Les noyaux des cellules de la névroglie présentent des caractères dégénératifs. Les vaisseaux sont altérés dès le stade de début : c'est la conséquence des altérations du tissu nerveux. Le système lymphatique est très dilaté et contient des leucocytes, des globules rouges, du pigment sanguin, de la lymphe coagulée ; les veines sont distendues, les parois des capillaires et des artérioles sont frappées de dégénérescence hyaline. L'endothélium adventitial des veines s'épaissit et prolifère ; puis ce processus réparateur de prolifération s'étend aux autres vaisseaux, les éléments de la paroi vasculaire se multiplient à leur tour, et souvent deviennent hyalins. L'oblitération des vaisseaux n'existe que dans les stades terminaux de la maladie ; Binswanger n'a pu constater leur néoformation, admise par un certain nombre d'auteurs.

La névroglie ne prolifère pas dans les stades de début ; tout au plus observe-t-on, par places, à côté de parties atrophiées, un épaississement des fibres et une prolifération dans les gaines de névroglie ; les cellules araignées (mésodermiques pour Binswanger) ne sont pas plus nombreuses dans les couches moyennes et profondes de la substance grise. Ce n'est qu'après un temps assez long que l'exsudation inflammatoire se produit : elle est caractérisée cliniquement par de la fièvre, des états de somnolence et d'irritation cortico-motrice et des attaques paralytiques.

Les lésions des méninges, l'épaississement et les adhérences favorisent au plus haut point la stagnation dans le système lymphatique, et cette accumulation de la lymphe a pour conséquence la nécrose des tissus par coagulation.

Les processus d'hyperplasie de la pie-mère ne sont que l'extension à cette membrane de la prolifération adventitielle des vaisseaux.

J. DAGONET.

Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux ; par A. Pitres, professeur de la Faculté de Médecine. 2 vol. in-8°. Paris, O. Doin, 1891.

Ce livre est venu à son heure. L'étude de l'hystérie, si peu et si mal connue il y a peu de temps encore, a fait, grâce à Charcot et à son école dont M. Pitres est lui-même un des

représentants les plus autorisés, des progrès dont faute d'un tableau d'ensemble il était difficile d'embrasser toute l'étendue. Ce tableau d'ensemble, qui manquait à la littérature médicale, voici que M. le professeur Pitres nous l'apporte.

Bien que l'auteur se défende d'avoir voulu donner un traité de l'hystérie et de l'hypnotisme, nous ne voyons pas ce qui manque à son livre pour mériter cette qualification, si ce n'est la forme plus solennelle et plus froide, mais aussi moins attrayante, des œuvres didactiques. Ces leçons sont d'ailleurs habilement groupées de façon à présenter au lecteur toutes les matières d'une imposante monographie.

Les deux tiers de l'ouvrage sont destinés à l'étude de l'hystérie proprement dite. Après un essai de définition basée sur les caractères communs des accidents qui composent cette maladie, viennent plusieurs leçons consacrées à l'Étiologie. Le rôle des émotions vives, des traumatismes, des intoxications, de la contagion, est successivement étudié et discuté. Il y a là sur l'hystéro-traumatisme et sur les hystéries toxiques des notions claires et précises qu'on chercherait vainement ailleurs. Mais l'élément étiologique que M. Pitres cherche surtout à mettre en lumière dans la genèse de l'hystérie, c'est la prédisposition. L'hérédité domine l'étiologie de l'hystérie comme de la plupart des maladies nerveuses, et c'est par la complexité des conditions héréditaires qu'il explique avec raison l'association fréquente de l'hystérie avec la neurasthénie, les vésanies, l'épilepsie et autres névroses. Son opinion se trouve résumée dans un aphorisme d'une concision saisissante : « On naît hystérique, on ne le devient pas. » Cette formule si heureuse mériterait de faire fortune, mais les vérités les plus évidentes sont souvent celles qui ont le plus de peine à faire leur chemin. L'ombre de Morel en sait quelque chose.

Le sujet est trop vaste et les détails trop touffus pour que nous puissions nous y arrêter même d'une façon rapide. Nous énumérerons, parmi les sujets traités, les anesthésies, phénomène si important dans l'histoire de l'hystérie ; elles donnent lieu à de longues et très complètes descriptions qui nous semblent épuiser complètement la matière. La localisation fonctionnelle de ce symptôme est l'objet d'une très intéressante discussion. L'anesthésie est-elle due à un trouble fonctionnel de l'écorce ou des organes centraux des sensations brutes ? L'auteur cherche à démontrer que cette dernière hypothèse est seule acceptable. Puis vient l'étude des attaques convulsives,

complètes, incomplètes, anormales, frustes avec tous les phénomènes qui en relèvent ; celle des tremblements hystériques, des spasmes rythmiques localisés, gesticulatoires, respiratoires ; celle du mutisme et du bégaiement hystériques, celle des contractures, des paralysies, de l'hystéro-traumatisme, du pseudo-tabes, et enfin des troubles trophiques. Chacune de ces questions est le sujet d'une ou plusieurs leçons avec présentation d'exemples cliniques appropriés. De nombreuses planches facilitent la lecture du texte et ajoutent à la démonstration.

Presque tout le second volume des *Leçons cliniques* est consacré à l'hypnotisme. Cette série de leçons commence par un historique très complet de la question et se continue par l'étude des procédés à l'aide desquels on obtient l'hypnose. Notons à ce propos une très intéressante leçon sur les zones hypnogènes, premier travail d'ensemble sur cette importante question qui, ainsi que le démontre l'auteur, est beaucoup plus complexe qu'on ne le supposait avant ses propres recherches.

Après avoir admis comme point de départ les trois formes d'hypnose décrites par Charcot : léthargie, catalepsie, somnambulisme, M. Pitres reconnaît que ces types tranchés se trouvent rarement réalisés dans la nature, et il étudie une série de formes qui en dérivent et qu'il est plus habituel de rencontrer en clinique. Toute cette étude nosographique est des plus remarquables. Elle montre que tous les cas d'hypnose, quelque variés qu'ils soient, ne s'écartent pas tant, en somme, des schémas du maître qu'ils ne puissent s'y rattacher par quelque particularité symptomatique. Il en est de l'attaque d'hypnose comme de l'attaque d'hystérie, qu'on ne rencontre jamais en clinique telle que l'a décrite l'école de la Salpêtrière, avec ses phases successives, et pourtant nul ne songe à récuser, au point de vue nosographique, l'exactitude idéale de la description de Charcot.

Les suggestions sont l'objet d'études détaillées dans l'analyse desquelles il n'est pas possible d'entrer. Nous ne pouvons omettre toutefois de faire remarquer que M. Pitres, tout en mettant en relief la puissance de cet agent psychique, a tenu à démontrer péremptoirement, par des expériences faites sous les yeux mêmes de ses élèves, que cette puissance est limitée et que les sujets hypnotisés peuvent très bien ne pas répondre aux questions indiscrettes ou déplaisantes qui leur sont posées, et ne pas exécuter les suggestions désagréables. Bien plus, il a montré que certains sujets hypnotisés peuvent *mentir* volontairement

et sciemment. Ces faits ont une importance médico-légale de premier ordre et mettent à néant la doctrine si dangereuse que quelques hommes distingués, étrangers à la médecine, s'efforcent de faire prévaloir, à savoir : que l'hypnotisé exécute automatiquement et fatalement toutes les suggestions qui lui sont faites.

Les troubles de la mémoire dans l'hypnotisme, les variations de la personnalité, les zones idéogènes, l'hypnose unilatérale sont l'objet d'intéressantes descriptions. Entre temps, l'auteur, rapprochant de l'hypnotisme certains phénomènes hystériques, étudie les attaques de sommeil, de contracture et de délire. Parmi les formes de ce dernier, signalons ce curieux délire amnésique, entrevu par certains auteurs, mais dont M. Pitres a le premier donné une description et une interprétation originales. On sait qu'il s'agit de cette forme délirante dans laquelle l'hystérique, tout en conservant le souvenir des événements antérieurs à une certaine période de son existence, perd la mémoire des faits postérieurs à cette période.

L'hystérie, la folie et même l'hypnotisme ont entre eux d'étroits rapports qu'il est indispensable à l'aliéniste de connaître et même d'approfondir. Pour le faire, il ne saurait choisir de plus sûr guide que le professeur Pitres, et de meilleur livre que ses *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, dont nous venons de faire une trop incomplète analyse.

A. CULLERRE.

De la complexité des causes de la paralysie générale; par Edmond Lafaye. Thèse de Lyon, 1892.

L'auteur, ancien interne à l'asile d'aliénés de Saint-Robert, appelle avec raison l'attention sur l'importance des archives cliniques de certains asiles de province pour l'élucidation d'une question aussi obscure encore que celle de l'étiologie de la paralysie générale. Dans l'Isère, où l'industrie des étoffes et des gants s'est perpétuée dans les familles, il y a peu d'émigration, et, dans un asile comme celui de Saint-Robert, qui reçoit les malades venant de plusieurs centres ouvriers, tels que Vienne, Bourgoin, Voiron, Grenoble, on peut souvent suivre dans une même famille les manifestations de l'hérédité et remonter aux sources certaines de la maladie. « Les registres d'entrée, bien tenus depuis 1840, nous ont été, dit M. Lafaye, d'un précieux enseignement et d'un puissant secours. »

C'est le principal mérite de ce travail, où l'on trouve vingt et une observations personnelles.

L'historique des opinions des auteurs sur trois des principaux facteurs étiologiques de la paralysie générale, l'alcool, la syphilis, l'hérédité, est assez superficiel. Des conclusions, qui empruntent un intérêt réel aux documents des registres de l'asile de Saint-Robert, il résulte que le paralytique est souvent un dégénéré; que l'hérédité, même directe, même similaire, de la paralysie générale, s'observe quelquefois, quoique, le plus souvent, l'enquête ait montré l'hérédité associée à la syphilis ou à l'alcoolisme. Inutile de rechercher la part de chacune de ces causes réunies : leurs effets surajoutés déterminent l'explosion finale de la maladie. « Un héréditaire peut vivre très longtemps sans révéler sa tare, mais qu'il se livre à l'ivrognerie, il y aura de nombreuses chances pour que la crise imminente se produise, et, si la syphilis vient se surajouter à l'hérédité et à l'alcoolisme, la débâcle ne pourra plus être évitée. Sur un terrain élaboré par la dégénérescence, les grands facteurs, — hérédité, syphilis, alcoolisme, — les petits facteurs, — excès vénériens, excès de travail, — peuvent se combiner à l'infini. »

Bref, toutes les causes peuvent être invoquées dans l'étiologie de la paralysie générale, quoique presque tous les cas de cette affection soient d'origine alcoolique, syphilitique ou héréditaire. La paralysie générale à facteur étiologique unique est rare; le plus souvent la maladie est due à une association de causes.

JULES SOURY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Etudes de psychologie sociale. Psychologie du militaire professionnel; par A. Hamon. 1 vol. in-18 de 216 pages. Paris, A.-L. Charles, 1894.

— Index-Catalogue of the Library of the Surgeon's general Office United States Army (Index-Catalogue de la Bibliothèque du « Surgeon's general Office » de l'Armée des Etats-Unis). Tome XIV, Sutures-Universally. 1 vol. in-4° de 1016 pages, cart. Washington, 1893.

— Asile public d'aliénés d'Evreux. Rapport présenté au Conseil général de l'Eure (session d'août 1893); par le D^r Daniel Brunet, directeur-médecin en chef. Broch. in-8° de 58 pages. Evreux, imprimerie Ern. Quettier, 1893.

— Compte général de l'administration de la justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1890, présenté au Président de la République par le garde des sceaux, ministre de la justice. 1 vol. in-4° de 172 pages. Paris, Imprimerie nationale, 1893.

— Een geval van dyslogische paragrafie en paralexie bij algemeene progressieve paralyse (Un cas de paragrafie dyslogique et de paralexie dans la paralysie générale progressive); par le Dr J. Van Brero, second médecin de l'asile de Buitenzorg. Broch. in-8° de 10 pages avec une planche. Extrait du *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië*. Batavia, 1892.

— Anomalia degli organi interni nei malatti di mente (Anomalies des organes internes dans les maladies mentales); par le Dr Giovanni Motti, médecin du manicomio d'Aversa. Broch. in-8° de 14 pages avec planches. Extrait du *Giornale intern. delle scienze mediche*. Naples, 1893.

— Iets over de beginsymptomen bij de algemeene progressieve paralyse (Contribution à l'étude des symptômes du début dans la paralysie générale); par le Dr J. Van Brero, second médecin de l'asile de Buitenzorg. Broch. in-8° de 12 pages. Extrait du *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië*. Batavia, 1893.

— Asile d'aliénés de Belgrade. Rapport médical de 1861 à 1892; par le Dr M. Vassitch, médecin-directeur de l'asile. Broch. in-8° de 15 pages en langue serbe, 1892.

— Circulaire stupor met chorea bij een kind (Stupeur circulaire avec chorée chez un enfant); par le Dr J. Van Brero. Broch. in-8° de 22 pages. Extrait du *Geneeskundig Tijdschrift voor Ned.-Indië*. Batavia, 1893.

— Paralysie générale. Lésions et symptômes spinaux. Formes spinales; par le Dr Klippel, chef de laboratoire de la Faculté de médecine. Broch. in-8° de 40 pages. Extrait des *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, janvier 1894.

— Interno all' azione del cloruro di calcio sull' eccitabilità nervosa con alcune osservazioni sull' eliminazione della calce per l'orina negli alienati e sul suo uso terapeutico in alcune psicopatie (De l'action interne du chlorure de chaux sur l'excitabilité nerveuse avec quelques observations sur l'élimination de la chaux par l'urine chez les aliénés et sur son usage thérapeutique dans certaines psychopathies); par le Dr Umberto Stefani, assistant de la clinique psychiatrique de Padoue. Broch. in-8° de 62 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatica*, etc. Reggio-Emilia, 1894.

— Syphilitische Epilepsie (Epilepsie syphilitique); par le

professeur Paul Kowalewsky, de Charkoff. Broch. in-8° de 17 pages. Extrait du *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1894, n° 4.

— Amnesia retro-antegrada emotiva (Amnésie rétro-antérograde émotive); par le D^r Giovanni Selvatico Estense. Broch. in-8° de 13 pages. Extrait de la *Riforma medica*, janvier 1894.

— Raritæten aus der Irrenanstalt (Raretés de l'asile d'aliénés); par le D^r P. Næcke, de Hubertusburg. Broch. in-8° de 44 pages avec une planche. Extrait de la *Zeitschrift für Psychiatrie*, etc., numéro d'avril 1893.

— Further notes of a case of sporadic cretinism treated by thyroid feeding (Dernières observations sur un cas de crétinisme sporadique traité par le liquide thyroïdien); par le D^r John Thomson. Broch. in-8° de 4 pages avec planches. Extrait du *Edinburgh medical Journal*, février 1894.

— Rapporto fra gozzo e pazzia. Ricambio materiale e tossicità delle urine negli alienati gozzuti (Relations du goitre et de la folie. Echanges matériels et toxicité de l'urine chez les aliénés goitreux); par les D^{rs} Marzocchi et G. Antonini. Broch. in-8° de 77 pages. Extrait des *Annali di neurologia*, 1893.

— La famille névropathique. Théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence; par le D^r Ch. Féré. 1 vol. in-12 de 334 pages avec 25 gravures dans le texte, cart. à l'anglaise. Paris, Félix Alcan, 1894.

— In causa di omicidio premeditato. Paranoia querulens (Sur un procès d'homicide prémédité. Paranoia processive); par le D^r Vittorio Codrussi. Broch. in-8° de 24 pages. Florence, 1894.

— Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux. Paralyse générale, méningo-myélite vasculaire diffuse et lésions syphilitiques des vaisseaux; par le D^r F. Raymond, médecin de la Salpêtrière. Broch. in-8° de 56 pages avec figures. Extrait des *Archives de Neurologie*, n°s 83 et 84.

— L'occhio degli epilettici. Studio antropologico e medicolegale (L'œil chez les épileptiques. Etude anthropologique et médico-légale); par les D^{rs} F. P. de Bono et G. Dotto, assistants à l'Université de Palerme. Broch. in-8° de 66 pages avec planche. Extrait de l'*Archivio di ottalmologia*. Palerme, 1894.

— Formulaire pratique de l'hypodermie; par les D^{rs} Cancalon et Maurange. 1 vol. in-32 de 194 pages, cart. à l'anglaise. Paris, Rueff et C^{ie}, 1894.

VARITÉÉS

INAUGURATION DES BUSTES DE J. BAILLARGER ET DE J.-P. FALRET A L'HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

C'est le samedi 7 juillet, à quatre heures, que cette solennité a eu lieu, au milieu d'une nombreuse affluence. Rien n'a manqué à cette belle fête qui fait grand honneur à ceux qui l'ont organisée. M. Poubelle, préfet de la Seine, la présidait, ayant à sa droite M. le Dr Aug. Voisin, président de la Société médico-psychologique, et à sa gauche, M. Félix Voisin, vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. On remarquait parmi les assistants les membres des familles des deux illustres aliénistes dont on honorait la mémoire, MM. Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique, Leroux, directeur des affaires départementales, etc. L'Académie de médecine était représentée par son président, M. Rochard, son secrétaire perpétuel, M. Bergeron, par MM. Luys, Magnan, Sappey ; la Faculté de médecine, par MM. Raymond, Joffroy, Ballet ; la Société médico-psychologique, par la plupart de ses membres titulaires et par un grand nombre de membres correspondants, etc., etc.

Les bustes sont placés aux deux extrémités des jardins situés à droite et à gauche de la grande cour d'honneur. Le buste de gauche, celui de Baillarger, en marbre blanc, dû au ciseau du sculpteur Malherbe, est supporté par un socle, portant gravée cette inscription :

A BAILLARGER
(1809-1890)

LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE PARIS
SES AMIS — SES ÉLÈVES

A droite, le buste de Falret, également en marbre blanc ; il est dû au ciseau du sculpteur Ludovic Durand, auteur de la statue de Pinel, et porte gravé sur son socle :

J.-P. FALRET
(1794-1870)

Le décor de la fête ne manquait pas de grandeur, même d'ori-

ginalité. Sous une tente, tournant le dos au portail de la Salpêtrière, et devant laquelle est placée une petite tribune pour les orateurs, sont installés les nombreux invités ; à droite et à gauche, émergeant du milieu des fleurs et de la verdure les deux bustes ; à une vingtaine de mètres, massées dans les deux allées qui leur font face, les malades de l'hospice qui, pendant toute la cérémonie, sont restées dans le calme le plus recueilli. Des deux côtés de la tente, sont assises les surveillantes, sous-surveillantes et tout le personnel ; puis la musique de l'Harmonie de Bicêtre, que nous devons à l'obligeance de notre collègue, M. Bourneville. Sans elle, en effet, c'était une fête sans musique ; celle du 103^e de ligne nous avait été promise par le gouverneur de Paris, mais, au dernier moment, M. le général Saussier nous a fait savoir « qu'en raison du deuil officiel prescrit à l'armée, à l'occasion du décès de M. le président Carnot, les musiques militaires devront s'abstenir de jouer en public jusqu'à nouvel ordre ».

Après l'exécution de l'hymne national, qui a été religieusement écouté debout par toute l'assistance, M. Jules Falret, parlant au nom du Comité de la souscription Baillarger, a, au nom de la Société médico-psychologique et en son nom personnel, offert les bustes de Baillarger et de Falret à l'Assistance publique ; puis ont successivement pris la parole : M. Magnan, au nom de l'Académie de médecine ; M. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique ; M. Christian, au nom de la Société de médecine de Paris ; M. Aug. Voisin, au nom du corps médical de la Salpêtrière ; M. Motet, au nom des anciens élèves de Falret ; M. Bouchereau, au nom des anciens élèves de Baillarger. Enfin, M. Poubelle, préfet de la Seine, dans une brillante improvisation, résume les idées principales émises par les orateurs précédents sur les questions d'assistance publique des aliénés, qui l'intéressent tout particulièrement comme administrateur de ce grand département de la Seine, et remercie la Société médico-psychologique et M. Falret du don fait par eux à l'Administration de l'Assistance publique des bustes des deux illustres aliénistes.

Tous ces discours, louant à des titres divers les deux éminents maîtres, ont été vivement applaudis ; ils méritent tous d'être conservés. Nous les reproduirons intégralement dans le prochain numéro des *Annales*. Nous reviendrons sur cette fête, qui fait le plus grand honneur à notre spécialité, et dont tous ceux qui y ont assisté conserveront le meilleur souvenir.

Après la cérémonie, un lunch, admirablement servi, a été offert aux invités de la Société médico-psychologique. Le soir, à huit heures, un banquet, auquel a bien voulu prendre part M. le préfet de la Seine, réunissait au restaurant Marguery une

vingtaine de membres de la Société médico-psychologique ainsi que les sculpteurs des deux bustes.

Nous devons, en finissant ce rapide compte rendu, adresser nos bien vives félicitations aux organisateurs de cette belle fête, et en particulier à M. Ch. Vallon, à qui est due l'initiative de l'érection du buste de Baillarger, et qui n'a épargné ni son temps ni sa peine pour que cette journée du 7 juillet fût digne des deux grands médecins dont nous honorons la mémoire vénérée. — A. R.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Faculté de médecine de Paris. — Le concours du clinicianes maladies mentales vient de se terminer par la nomination de deux chefs de clinique, reçus *ex æquo* et dans l'ordre alphabétique, MM. les D^{rs} ROUBINOWITCH et TOULOUSE. Dorénavant y aura en effet deux chefs de clinique, l'un administratif, qui sera M. Toulouse, médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon, l'autre spécialement attaché au corps enseignant, M. Roubinowitch, ancien interne des asiles de la Seine.

— *Arrêté du 19 mai 1894* : M. le D^r COLIN (Henri), médecin adjoint des asiles d'aliénés de la région de Paris, est désigné pour assurer le service médical à la Maison centrale et à l'asile d'aliénés de Gaillon (Eure), en remplacement de M. Lacroze, décédé.

NÉCROLOGIE

D^r LANGLOIS. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D^r Langlois, médecin en chef de l'asile de Maréville, décédé le 19 juin dernier, à la suite de pneumonie, à peine âgé de cinquante-cinq ans.

Auguste Langlois, né le 23 mai 1839, à Avranches, fut nommé interne à l'asile de Saint-Dizier, en 1868, et y resta jusqu'en 1873; il passa sa thèse de docteur à Paris en 1873, sur les maladies incidentes chez les aliénés; il fut promu médecin-adjoint de l'asile de Dijon, le 18 septembre 1873; médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse, le 18 mars 1878 et vint le 12 mai 1879 comme médecin en chef à Maréville, qu'il n'a plus quitté. Depuis le 1^{er} novembre 1879, il était chargé du cours annexe de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Nancy.

Outre sa thèse de doctorat, notre regretté confrère laisse un certain nombre de travaux scientifiques intéressants, une étude physiologique très remarquée « sur le sommeil »; un recueil de rapports médico-légaux; enfin divers travaux disséminés dans les recueils médicaux.

Langlois fut nommé officier d'académie en 1889 et chevalier de la Légion d'honneur en 1892.

Ses obsèques ont eu lieu le jeudi 21 juin, au milieu d'un grand concours d'amis et de personnalités appartenant à l'administration départementale et au haut enseignement. Son corps a été inhumé au cimetière de l'asile. Six discours ont été prononcés sur sa tombe; ont successivement pris la parole: MM. Denizet, directeur de l'asile de Maréville, au nom de l'administration; Demonet, président de la Commission de surveillance, au nom de cette Commission; Paris, médecin en chef de l'asile de Maréville; Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, au nom de cette Faculté; Stœber, au nom de la Société de médecine; Debédour, au nom des amis du défunt.

D^r BOUTEILLE. — Nous n'avons appris que tout récemment la mort du D^r Bouteille, ancien médecin en chef de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), décédé le 1^{er} novembre 1893, à Aix-en-Provence, âgé de cinquante-sept ans. Il n'en est pas moins de notre devoir de rendre un dernier hommage à ce regretté confrère.

Le D^r Adrien Bouteille est né à Aix (Bouches-du-Rhône), en 1836. Reçu docteur de la Faculté de Montpellier, il fut nommé médecin-adjoint à l'asile de Pau en 1869, puis il occupa successivement les postes de directeur-médecin à Auch et à Armentières et celui de médecin en chef à Marseille; enfin, il fut nommé à Braqueville en 1881; il y resta jusqu'au mois de juin 1893, époque où il fut admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Pendant son séjour à Armentières, le D^r Bouteille avait été chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lille, nouvellement créée.

Notre confrère, qui s'était surtout porté du côté administratif de la médecine mentale, a publié peu de travaux scientifiques; nous ne connaissons de lui que deux articles insérés dans les *Annales*: *Statistique des aliénés de l'asile d'Armentières*, et un mémoire sur les *Tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille*.

D^r PAGÈS. — Un nouveau deuil vient de frapper la famille aliéniste; le D^r Louis Pagès, médecin-directeur d'Alençon (Orne), est décédé le 28 juin 1894, à l'âge de cinquante-cinq ans. Notre regretté collègue, qui était né à Ayna (Lot), fit ses études médicales à Nancy et à Bordeaux. Reçu docteur, il exerça d'abord la médecine à Castelmoron (Lot-et-Garonne). Lorsqu'il entra dans le service des aliénés, il occupa successivement les postes de médecin directeur de l'asile de Laroche-gandon (Mayenne), puis de l'asile d'Alençon (Orne).

Le D^r Pagès, qui a succombé assez rapidement à une affection intestinale suivie de péritonite, laisse à tous ceux qui l'ont connu, le souvenir d'un homme aimable, sympathique, bienveillant, très dévoué à ses malades.

— Nous avons enfin à enregistrer le décès du D^r FABRE, médecin en chef de l'asile du Mans, où il avait récemment succédé à notre distingué confrère, M. Mordret.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECINS
ADJOINTS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Les concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés ont eu lieu dans les villes et aux dates indiquées dans notre dernier numéro. Voici les listes des jurys, ainsi que les résultats de ces différents concours :

Région de Lille (Concours du 1^{er} juin 1894). Président : M. l'inspecteur général, D^r DROUINEAU. Jurés titulaires : MM. les D^{rs} COMBEMALE, professeur à la Faculté; CORTYL, médecin-directeur de l'asile de Bailleul (Nord); TAGUET, médecin-directeur de l'asile d'Armentières (Nord); PILLAYRE, médecin-directeur de l'asile de Prémontré (Aisne). Juré suppléant : M. le D^r SIZARET, médecin à l'asile de Clermont (Oise).

Cinq places proposées. Il n'y a eu que deux candidats, déclarés tous deux admissibles dans l'ordre suivant : 1^o M. le D^r MAUPATÉ ; 2^o M. le D^r CHOUREAUX.

Région de Lyon (Concours du 1^{er} juin 1884). Président : M. l'inspecteur général, D^r NAPIAS. Jurés titulaires : MM. les D^{rs} MAYET, professeur à la Faculté; PIERRET, professeur à la Faculté et médecin en chef à l'asile de Bron; BELLAT, médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne); Samuel GARNIER, médecin-directeur de l'asile de Dijon (Côte-d'Or). Juré suppléant : M. le D^r BRUN, médecin en chef à l'asile de Bron (Rhône).

Trois places proposées. Les trois candidats qui se sont présentés ont été déclarés admissibles dans l'ordre suivant : 1^o M. le D^r BOURDIN; 2^o M. le D^r VIALLOU; 3^o M. le D^r ALONBERT.

Région de Bordeaux (Concours du 1^{er} juin 1894). Président : M. l'inspecteur général, D^r ALBERT REGNARD. Jurés titulaires : MM. les D^{rs} PITRES, professeur à la Faculté; PONS, médecin en chef de l'asile de Bordeaux; GIRMA, directeur-médecin de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées); DOURSOUT, médecin-directeur de Naugeat (Haute-Vienne). Juré suppléant : M. le D^r CAILLAU, médecin en chef de l'asile Cadillac (Gironde).

Trois places proposées. Un seul candidat s'est présenté, M. le D^r DUBOURDIEU; il a été déclaré admissible.

Région de Paris (Concours du 4 juin 1894) Président : M. l'inspecteur général, D^r NAPIAS. Jurés titulaires : MM. les D^{rs} JOFFROY, professeur à la Faculté; GIRAUD, médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure); MARCEL BRIAND, médecin en chef à l'asile de Villejuif; PAGÈS, médecin-directeur de l'asile d'Alençon (Orne). Juré suppléant : M. le D^r DENY, médecin de Bicêtre.

Six places proposées. Quatre candidats se sont présentés, qui ont été reconnus admissibles dans l'ordre suivant : 1^o M. le D^r PÉCHARMAN; 2^o M. le D^r BERBEZ; 3^o M. le D^r TRENEL; 4^o M. le D^r CROUSTEL.

Région de Nancy (Concours du 4 juin 1894). Président : M. l'inspecteur général, D^r DROUINEAU. Jurés titulaires : MM. les D^{rs} Schmidt, professeur à la Faculté; PARIS, médecin en chef à l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle); GALOPAIN, médecin-directeur de l'asile de Fains (Meuse); CHAUSSINAND, médecin-directeur de l'asile de Dôle (Jura). Juré suppléant : M. le D^r LANGLOIS, médecin en chef à l'asile de Maréville.

Trois places proposées. Le trois candidats qui se sont présentés ont été déclarés admissibles dans l'ordre suivant : 1^o M. le D^r HAMEL; 2^o M. le D^r CHARNEL; 3^o M. le D^r PARIS.

Région de Toulouse (Concours du 4 juin 1894). Président : M. l'inspecteur général, D^r A. REGNARD. Jurés titulaires : MM. les D^{rs} ANDRÉ, professeur à la Faculté; BAYLE, médecin-directeur de l'asile de Saint-Lizier (Ariège); MAIRET, médecin-directeur de l'asile d'Auch (Gers); NOLÉ, médecin-directeur de l'asile Sainte-Catherine d'Yzeure (Allier). Juré suppléant : M. le D^r DUBUISSON, médecin-directeur de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne).

Trois places proposées. Un seul candidat s'est présenté, M. le D^r FENAYROU; il a été déclaré admissible.

Région de Montpellier (Concours du 7 juin 1894). Président : M. l'inspecteur général, M. le D^r A. A. REGNARD. Jurés titulaires : MM. les D^{rs} MAIRET, professeur à la Faculté; DAUBY, médecin-directeur de l'asile d'Aix-en-Provence; REY, médecin en chef de l'asile de Marseille; GUILLEMIN, médecin en chef à l'asile de Montdevergues (Vaucluse). Juré suppléant : M. le D^r MONNIER, médecin directeur de l'asile de Pierrefeu (Var).
Trois places proposées. Un seul candidat s'est présenté, M. le D^r MONERTIO, qui a été déclaré admissible.

CONGRÈS ANNUEL DE MÉDECINE MENTALE

Session de Clermont-Ferrand, 6 au 11 août 1894.

M. le D^r Hospital, secrétaire général du Congrès de Clermont-Ferrand, vient d'adresser à tous les médecins aliénistes et neuropathologistes la circulaire suivante que nous nous empressons de reproduire :

« Nous prions les personnes qui se proposent de faire partie de ce Congrès : médecins, aliénistes, neurologistes, juristes, jurisconsultes, de vouloir bien se hâter de nous adresser leur adhésion, et, autant que possible, leur cotisation (20 francs), afin que nous puissions régler, en temps utile, le programme de la session.

Nous prenons la liberté d'attirer leur attention sur les avantages et attractions suivants :

1° Tout congressiste aura droit aux séances et pourra y prendre la parole s'il le juge utile pour la science ; il aura également droit aux réceptions offertes par les autorités et les asiles visités, aux distractions qu'on organisera pour recevoir le mieux possible le Congrès ; enfin il recevra un livre contenant les travaux du Congrès ;

2° Des locaux, chambres, pensions, seront arrêtés à l'avance, à des prix modérés, pour MM. les congressistes ;

3° Le Congrès sera ouvert sous la présidence de M. le Préfet du Puy-de-Dôme ;

4° Les travaux du Congrès seront dirigés sous la présidence de M. le D^r Pierret, l'éminent aliéniste, médecin en chef de l'Etablissement départemental d'aliénés de Bron, à Lyon ;

5° Outre les trois grandes questions qui doivent être traitées par de savants aliénistes, plusieurs autres sujets intéressant l'aliénation mentale seront exposés par leurs auteurs, qui se sont déjà fait inscrire, ce qui donnera à notre Congrès un intérêt scientifique extrême ;

6° Les séances auront lieu dans la grande salle des fêtes de l'Hôtel de Ville, gracieusement mise à notre disposition par M. Lécuellé, maire de Clermont-Ferrand, qui se propose de recevoir les congressistes ;

7° Le Congrès s'est déjà acquis la bienveillante sollicitude de toutes les autorités et de la presse locale ;

8° Sur la demande du D^r Hospital, organisateur du Congrès, le Conseil général du Puy-de-Dôme a voté, à l'unanimité, une somme de 600 francs destinée à rendre agréable, par quelques distractions, le séjour des congressistes à Clermont-Ferrand ;

9° Les dames qui voudront bien accompagner leurs maris recevront à Clermont un accueil des plus sympathiques, de la

part des religieuses de l'Établissement de Sainte-Marie et d'un Comité de dames ;

10° Les Établissements de Sainte-Marie, à Clermont, et de La Cellette, dans la Corrèze, auront l'honneur de recevoir MM. les congressistes ;

11° Les moyens de transport sont multiples et peu onéreux : MM. les congressistes pourront utiliser, pour se rendre à Clermont, soit un billet circulaire, soit un billet d'aller et retour, pouvant se proroger avec un léger supplément, et dont les prix actuels sont peu supérieurs à l'ancien demi-tarif ;

12° La Compagnie des eaux thermales de Royat, interviewée par nous, s'est empressé de nous répondre, par son aimable directeur, qu'elle mettrait à la disposition des congressistes son Établissement et son Casino ; des cartes personnelles leur seront adressées. »

ARRÊT DU CONSEIL D'ÉTAT SUR LA NOMINATION DES MÉDECINS
DES QUARTIERS D'HOSPICE AFFECTÉS AU TRAITEMENT DES
ALIÉNÉS.

Le Conseil d'État, dans son audience du 24 mai dernier, a rendu un arrêt qui intéresse particulièrement nos confrères qui se destinent au traitement des aliénés des quartiers spéciaux des hospices civils.

Il s'agissait, dans l'espèce, d'un différend qui s'était élevé entre le préfet d'Indre-et-Loire et la commission administrative de l'hospice de Tours au sujet de la nomination du médecin du quartier spécial d'aliénés annexé à l'hospice. L'administration avait soutenu que, dans les cas semblables, les quartiers spéciaux d'aliénés devaient être assimilés aux asiles publics, ce qui aurait eu pour conséquence de permettre au préfet d'en nommer les médecins.

La même thèse a été soutenue au cours de la discussion, par M. le commissaire du gouvernement, dans ses conclusions ; mais le Conseil d'État ne l'a pas admis et voici les considérants de son jugement :

« Considérant que si la commission administrative de l'hospice de Tours a passé un traité avec le département d'Indre-et-Loire pour le traitement dans un quartier spécial des aliénés dont le département avait la charge, ce fait ne saurait avoir pour conséquence d'enlever à aucune partie de l'hospice son caractère d'établissement communal ;

« Que l'ordonnance du 18 décembre 1839 portant règlement des établissements publics et privés consacrés aux aliénés oblige seulement, dans son article 11, les commissions administratives des hospices civils qui possèdent un quartier affecté

aux aliénés à faire agréer par le préfet un préposé spécial qui n'est que le délégué de la commission et qui sera soumis en son lieu et place à toutes les obligations imposées par la loi du 30 juin 1838 ;

« Qu'aucune autre disposition législative ou réglementaire n'est venue restreindre les pouvoirs des commissions administratives ; qu'ainsi elles conservent sur ces quartiers, qui font partie intégrante des hospices, toutes les autres attributions qui leur sont conférées par la loi pour l'administration de l'hospice lui-même et possèdent, par conséquent, le droit d'en nommer le médecin ;

« Que, dans ces conditions, le préfet ne saurait se prévaloir des dispositions du décret du 26 mars 1852, qui concernent seulement les asiles publics d'aliénés, pour soutenir que ce droit lui appartient et qu'aussil'arrêt par lequel il a désigné le médecin placé à la tête du quartier d'aliénés à l'hospice de Tours est entaché d'excès de pouvoir et doit être annulé ;

« Décide :

« L'arrêt attaqué est annulé. »

COLONIE POUR ÉPILEPTIQUES DANS L'ÉTAT DE NEW-YORK

L'Etat de New-York vient, par une loi récemment promulguée, de décider la création d'une colonie spéciale aux épileptiques, cette colonie portera le nom d'Oscar Craig, qui, pendant plusieurs années, a été président du conseil supérieur d'assistance publique ; elle sera établie sur un domaine d'environ 75 hectares acquis exprès pour elle, dans la vallée de Genesee, près Mont-Morris, comté de Livingstone. Il y avait là précédemment une sorte de colonie de Shakers, qui a vécu une trentaine d'années, et dont les installations serviront immédiatement à la colonie nouvelle. Le domaine comprend trente-cinq pavillons, agréablement disposés, des champs de bon rapport, bien irrigués, des vergers et des bois.

La loi d'après laquelle la colonie est créée décide que toutes constructions à venir seront groupées comme un village.

Un conseil de cinq administrateurs a déjà été désigné. On y a introduit un médecin spécialiste en maladies nerveuses et mentales, qui, d'accord avec le médecin résidant, pourra mieux que tout autre organiser le traitement judicieux des colons et les faire profiter de tous les progrès obtenus dans la science et la cure de l'épilepsie. Une femme fait également partie du conseil ; elle aura des attributions de surveillance particulière sur les femmes et les enfants. Les membres du conseil ne reçoivent aucun traitement ; ils doivent se réunir à la colonie au moins une fois par mois.

La direction sera confiée à un médecin, qui sera nommé ulté-

rieurement, ainsi que tout le personnel de la colonie, car celle-ci ne fonctionnera sans doute pas complètement avant l'automne de 1895.

On estime que l'agglomération pourra se former d'environ quinze cents à deux mille colons. Elle comprendra d'abord les six cents épileptiques qui sont actuellement à la charge de l'Etat et qui sont répartis en divers asiles. Elle recevra des pensionnaires à des prix de pension variables.

Enfin, on espère que le travail des colons, soit dans l'industrie, soit dans l'agriculture, permettra à la colonie de se subvenir entièrement à elle-même.

L'assistance des épileptiques, en France, est encore bien rudimentaire. En dehors de la colonie de Laforce et de l'asile de Tain, il n'a presque rien été fait. On ne peut que désirer voir nos législateurs s'inspirer de l'exemple de l'Etat de New-York et généraliser la création des colonies de ce genre, destinées à rendre les plus grands services.

SUICIDES COLLECTIFS

On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 17 mai 1894) :

« Un double suicide vient de se produire qui cause à Vienne une émotion générale. Deux enfants de treize et de neuf ans, le frère et la sœur, n'osant pas, de peur d'une sévère réprimande, rentrer chez leurs parents avec les mauvaises notes marquées sur leurs cahiers par leur maître d'école, ont pris le parti de mourir ensemble. Après avoir écrit à leur mère une lettre dans laquelle ils demandaient leur pardon et qu'ils confièrent à un camarade, les pauvres petits se dirigèrent vers le pont Stéphanie et, profitant d'un instant de solitude, tous deux, les mains enlacées, enjambèrent le parapet et sautèrent dans le Danube. Les secours furent presque immédiats, mais inutiles. »

— Deux jours après (numéro du 19 mai), le même journal rapportait le fait suivant :

« L'émotion soulevée à Vienne par le suicide de deux enfants s'est à peine calmée qu'on annonce un nouveau suicide sensationnel. Le peintre François Kollarz, bien connu dans le monde artistique de Vienne, s'est rendu pendant les fêtes de la Pentecôte, en compagnie de ses trois sœurs, au pèlerinage de Maria Lanzendorf, où tous les quatre se sont empoisonnés dans l'hôtel où ils étaient descendus en absorbant une forte dose de cyanure de potassium. Les quatre infortunés étaient âgés de cinquante à soixante ans. Ce qui les a poussés à cet acte de désespoir, c'était le désir de mourir tous ensemble, afin de n'avoir pas le chagrin de se survivre l'un à l'autre. Il y a quelques semaines une de leurs sœurs était morte, et cette perte les avait tellement affectés qu'ils furent obsédés par l'idée

d'en finir avec la vie. La fille de la défunte, qui les avait accompagnés dans leur excursion, fut renvoyée à Vienne sous un prétexte quelconque. »

— Enfin, le *Petit Temps*, dans son numéro du 5 juin, publie, sous le titre : « Sextuple empoisonnement de Berlin », un nouveau suicide collectif :

« Un drame affreux de la misère s'est produit samedi, dans la capitale allemande.

Dans la grande rue de Hambourg, habitait le maître peintre Karl Seeger, âgé de quarante-huit ans, sa femme, née Elisabeth Korbe, de deux ans plus jeune que lui, et ses quatre enfants, Hermann, âgé de seize, Bruno, de douze, Martin, de dix et Charlotte de sept ans.

Seeger faisait de petites entreprises ; malheureusement, il y a quelque temps, ses fonds ne rentrèrent plus, les entrepreneurs pour lesquels il travaillait ayant fait faillite. Alors Seeger fut réduit à la misère. Malgré ses efforts le malheureux maître peintre ne parvint pas à apaiser ses créanciers ; bientôt son mobilier fut saisi.

Samedi, Seeger devait payer la semaine de ses vingt-six ouvriers — autrefois, il en avait soixante. — Pendant toute la journée de vendredi, il avait fait, ainsi que sa femme, de nombreuses démarches auprès de ses débiteurs, mais en vain.

Désespéré, Seeger résolut d'en finir avec l'existence, et tous les membres de sa famille, à ce qu'il paraît, ont voulu le suivre dans la mort. Samedi matin, la chambre de la famille Seeger présentait un spectacle horrible. Sur le sofa se trouvait, mort, le jeune Hermann, les poulx tranchés ; à côté de lui, un verre dans ses bras, M^{me} Seeger, morte, elle aussi. Aux pieds de la mère était étendue la petite fille, Charlotte. Dans un lit, Bruno et Martin, unis dans la mort.

Le père Seeger s'était pendu à un clou enfoncé dans la porte d'entrée. Sur la table se trouvait un verre à vin contenant les traces d'un poison, ainsi qu'une lettre adressée à ses ouvriers et conçue comme suit : « Je vous prie de me pardonner ce que j'ai fait aujourd'hui, mais je ne pouvais continuer à vivre sans duper les autres, comme j'ai été trompé moi-même. Karl Seeger. »

Un détail qui ajoute à l'horreur de ce drame épouvantable. Les cadavres ont été découverts par le frère de Seeger, un malheureux garçon complètement fou et dont les dernières parcelles de raison ont sombré dans la catastrophe. »

TRIBUNAUX

Responsabilité civile d'un aliéné. — Nos lecteurs qui se tiennent au courant des faits divers des journaux, se souviennent

sans doute que M. Levasseur, le concierge de l'immeuble habité rue Godot-de-Mauroi par M^{lle} Emilienne d'Alençon, fut, le 31 octobre 1892, tué d'un coup de canne à épée par M. Follet, un jeune ingénieur qui, depuis plusieurs mois, donnait les signes certains d'un complet dérangement cérébral.

Après ce drame, que nous venons de rappeler, M. Follet fut enfermé dans une maison de santé, où il mourut, et M^{me} Levasseur intenta un procès à la famille du malheureux aliéné, lui réclamant une somme de 50,000 francs à titre de dommages-intérêts.

Ce procès fut plaidé devant la quatrième chambre du tribunal civil de la Seine et vient de recevoir sa solution.

Le tribunal, dans un jugement longuement motivé, a débouté M^{me} veuve Levasseur de sa demande, estimant, en principe, que la responsabilité de l'aliéné doit être écartée. Quant à celle de la famille, elle n'aurait pu être admise que si les parents de M. Follet avaient connu le caractère grave de la folie dont il était atteint, ou s'ils avaient commis une imprudence, deux conditions n'existant pas dans l'espèce.

Dans sa dernière partie, le jugement donne acte à la famille Follet d'une somme de 5,000 francs qu'elle a offerte, à titre gracieux, à M^{me} veuve Levasseur.

Un aliéné cuit dans sa baignoire. — Dans sa séance du 8 juin, la 11^e chambre correctionnelle a condamné à six mois de prison, pour homicide par imprudence, le nommé Redureau, un infirmier de Bicêtre qui, dans les premiers jours de mai, oubliant dans la baignoire, où il était solidement maintenu à l'aide d'un tablier de force, alors que le tuyau d'eau chaude était ouvert, un malheureux aliéné. Au lieu de veiller sur ce malade, Redureau s'était rendu dans une salle voisine, afin de causer avec des camarades. Quand il revint, au bout d'une heure, le fou était mort, après avoir enduré les plus horribles souffrances : il était littéralement cuit.

Redureau avait déjà subi six condamnations pour vol et escroquerie.

L'ALIÉNATION MENTALE DANS L'ARMÉE FRANÇAISE

Les cas d'aliénation mentale sont en progression constante dans l'armée française. La statistique médicale de l'armée donne en effet les chiffres suivants de radiations, survenues pour cette cause, de 1877 à 1890 :

1877	62
1878	94
1879	63
1880	77

1881	82
1882	81
1883	64
1884	73
1885	120
1886	112
1887	130
1888	150
1889	158
1890	192

La paralysie générale cependant reste stationnaire, n'entraînant guère qu'une vingtaine de radiations, année moyenne.

(*Revue scientifique*, numéro du 24 mars 1894.)

FAITS DIVERS

Espagne. — Dans la séance des Cortès du 4 avril, le ministre de la justice a déposé un projet de création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels.

La secte des nus en Russie. — On signale à Petrovskie Vyselski (district de Nicolaïev) l'existence d'une colonie mi-communiste, mi-religieuse. Le fondateur est un paysan riche, Alexis Bogomolof, qui, à la suite d'un sermon sur l'utilité des sacrifices dans le temple de Dieu, quitta sur-le-champ tous ses vêtements et rentra dans son izba absolument dénudé. La secte des *nus* compte trente adhérents, quinze frères et quinze sœurs. Ils cultivent la terre et possèdent une ferme importante. Les *nus* suivent le rite grec, et ne manquent à aucun office, seulement ils se rendent à l'église dans le costume le moins présentable. La règle de ces pseudo-religieux est très sévère ; les chefs Alexis et Vladimir Bogomolof, et le vieux Triphon, prononcent pour les fautes les plus légères des châtimens cruels. (*Le Temps*, numéro du dimanche 25 mars 1894.)

Un aliéné mystique à la Chambre des représentants de Washington. — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 16 mai 1894.) : « Un incident s'est produit, hier, pendant la séance de la Chambre des représentants à Washington.

Un nègre, nommé Mathew Cherry, qui se trouvait dans les tribunes en face du président, se leva tout à coup et s'écria d'une voix forte : « Monsieur le président, si les projets de loi de Coxey ne sont pas votés d'ici au 22 mai, le Capitole, la Maison-Blanche et le Trésor seront frappés par la foudre. C'est le Tout-Puissant qui me l'a dit. »

Après un moment de stupeur, le président, M. Crisp, se leva et ordonna aux huissiers d'emmener Cherry.

Celui-ci, bien que d'apparence herculéenne, n'opposa aucune résistance. Il prétend que Dieu lui a commandé d'aller à la Chambre pour faire cette déclaration. Il avait également mission d'aller à la Maison-Blanche porter cet avertissement. « Quand j'aurai exécuté l'ordre de Dieu, a-t-il ajouté, je mourrai content. »

Cherry a été arrêté. Son état mental va être examiné.

Un suicide à la dynamite. — On télégraphie de Lyon au Temps (numéro du vendredi 15 juin 1894) :

« Un nommé Antoine Lafond, âgé de soixante ans, s'est suicidé hier au moyen d'une cartouche de dynamite dans la commune de Chambost-Allières. Les résultats de l'explosion ont été terribles : des débris du corps ont été projetés au loin. On a trouvé à 50 mètres la moitié de la tête, un peu plus loin le bras droit coupé à l'articulation de l'épaule. Un noyer voisin a ses branches couvertes de morceaux de chair et de fragments d'effets d'habillement. Enfin, à 300 mètres, on a trouvé la jambe gauche, le pied de cette jambe déchaussé de son soulier a été retrouvé dans la direction opposée, à vingt mètres du point où a eu lieu l'explosion. »

De l'influence de l'alcool sur le développement de la folie en Irlande. — Le rapport général des inspecteurs d'asiles d'aliénés de l'Irlande montre le rôle prédominant que joue l'alcool dans le développement de la folie.

Vingt directeurs d'asiles sur vingt-deux sont d'accord pour faire de l'alcoolisme la cause principale de l'aliénation, après l'hérédité.

La proportion des cas de folie dus à l'alcool varie de 10 à 35 p. 100 des admissions, sans parler de l'action indirecte du poison sur les transformations vésaniques ou névropathologiques chez les descendants d'alcooliques. (*Revue scientifique*, numéro du 16 juin 1894.)

Pétition d'un aliéné au Sénat. — M. Altaïrac, pensionnaire dit volontaire à l'asile privé de Lhommelet, près Lille, a adressé au Sénat une pétition dans laquelle il prie instamment le Sénat de vouloir bien lui faire accorder l'autorisation de quitter le territoire français et d'être reconduit à la frontière d'Espagne. M. de la Sicotière a fait sur cette pétition un rapport que nous reproduisons *in extenso* :

« Si l'objet de la pétition paraît singulier, le langage du pétitionnaire l'est bien davantage.

Il commence par déclarer gravement qu'il est né du mariage du comte de Chambord avec M^{lle} de Montijo, en 1844, et il développe cette thèse en douze pages d'une écriture fine et serrée, véritable tissu d'aberrations.

Evidemment, le pétitionnaire ne se rend pas compte de ce qu'il écrit, ni même de sa situation. On doit le plaindre; mais on ne saurait discuter sérieusement ses prétentions, et c'est par la question préalable, croyons-nous, que sa pétition doit être écartée. »

Le nombre des aliénés en Angleterre. — Il résulte du rapport annuel présenté au Parlement britannique que le nombre des aliénés en Angleterre, au 1^{er} janvier, était de 92,067, marquant une augmentation de 2,345 sur l'année dernière. L'augmentation est générale dans tout le pays; mais elle est notable surtout à Londres, qui compte 800 aliénés de plus que l'année dernière.

Un nouveau mode de transport des aliénés. — On télégraphie du Mans au *Temps* (numéro du 5 juillet 1894) :

« Le parquet du Mans vient d'être saisi d'une affaire assez grave. Dans la soirée d'hier, des cultivateurs d'une commune voisine de la ville amenaient à l'asile départemental des aliénés un individu fou furieux. Comme ils avaient beaucoup de peine à le maintenir et qu'ils craignaient que le malade leur échappât, ils imaginèrent de l'enfermer dans un sac et de le ligotter. A son arrivée à l'asile, le malheureux fou était presque asphyxié. Malgré les soins pressés qu'on lui a prodigués, il est mort quelques heures après.

« L'autopsie du cadavre a été ordonnée et une enquête est ouverte. »

Un nouvel asile d'aliénés de la Seine. — Dans la séance du 6 juillet 1894, le Conseil général de la Seine a adopté les conclusions d'un rapport de M. Deschamps sur le projet de création d'un cinquième asile d'aliénés à Ville-Evrard, sur les terrains appartenant au département de la Seine.

La dépense est évaluée à 4,200,000 francs, et l'asile devra contenir 1,200 lits : 700 femmes et 500 alcooliques. La construction sera mise au concours; un crédit de 43,000 francs sera réparti entre les candidats primés.

ENSEIGNEMENT

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le D^r AUGUSTE VOISIN a repris ses conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses le jeudi 31 mai 1894, à 10 heures du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

INAUGURATION
DES
BUSTES DE BAILLARGER ET DE FALRET
A L'HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

L'histoire de la Société médico-psychologique vient de s'enrichir encore d'une page glorieuse. En 1885, les membres de cette société savante ont élevé à Pinel une statue; c'était l'hommage rendu au nom de la science, au nom de la médecine mentale, au représentant le plus illustre de la psychiatrie, en France, à la fin du siècle dernier, au commencement de celui-ci. Le réformateur du régime des aliénés, celui qui, par une initiative hardie dont l'inspiration venait du cœur, osa traiter en malades les parias chargés de chaînes, méritait bien qu'on fit revivre et ses traits et sa mémoire. C'était la dette payée, par notre génération, à un passé auquel elle n'avait pas été mêlée, mais pour lequel elle avait une respectueuse admiration.

La Société médico-psychologique continue son œuvre ;

tous ses membres, qu'ils vivent à Paris, qu'ils dirigent les grands asiles d'aliénés de province, sont unis dans un même sentiment, et ont su le manifester dans la journée du 7 juillet 1894.

Honorer les hommes qui ont donné toute leur vie aux aliénés, à la médecine mentale, qui ont été à la fois des éducateurs et des bienfaiteurs, c'est notre manière de répondre à des attaques qui ne sauraient d'ailleurs nous blesser, et bien moins encore nous détourner de la voie que nous avons décidé de suivre. Notre tâche n'est pas achevée, il y a toujours beaucoup de bien à faire ; nous aurions, s'il en était besoin, pour nous reconforter, pour nous soutenir, l'exemple des maîtres dont nous avons voulu perpétuer la mémoire, en donnant avec solennité leurs bustes à la Salpêtrière.

Là s'était écoulée leur vie scientifique, et à une époque où l'enseignement officiel de la médecine mentale n'existait pas, Falret et Baillarger avaient inauguré des cours qui attiraient en foule, non pas seulement les étudiants en médecine, mais des savants, des philosophes, désireux de s'instruire. Cette branche des sciences psycho-physiologiques était à peine connue ; tout était nouveau, pour ainsi dire, et la précoce expérience des professeurs donnait à leur enseignement une saveur que goûtèrent avec fruit des esprits délicats. Dans ces cliniques où le contact avec les maîtres était d'autant plus intime qu'il était librement recherché, se formèrent la plupart des médecins qui s'en sont allés depuis diriger les asiles d'aliénés que la loi de 1838 venait de réorganiser. Si les bienfaits de cette loi sont contestés, et même oubliés aujourd'hui, il reste encore des hommes, des médecins, qui se souviennent, et qui, l'heure venue, savent rendre un juste hommage à ceux de leurs devanciers qui ont collaboré à une œuvre d'humanité, de progrès.

Falret et Baillarger ont été tous les deux des bien-faiteurs des aliénés. La Société médico-psychologique en prenant l'initiative d'une souscription pour l'érection d'un buste à Baillarger, le fondateur des *Annales médico-psychologiques* ; Jules Falret en offrant le buste de son père ; la Ville de Paris en les acceptant pour l'hospice de la Salpêtrière, se sont trouvés unis dans une grande et généreuse pensée. C'est elle qui a rayonné sur la fête d'inauguration, c'est à elle que cette fête a dû son éclat.

M. le Préfet de la Seine présidait, ayant à ses côtés M. le Directeur de l'Assistance publique, M. le Directeur des affaires départementales, la délégation de l'Académie de médecine, représentée par MM. Rochard, son président, Bergeron, secrétaire perpétuel, Sappey et Magnan ; les délégués de la Faculté, MM. les professeurs Joffroy et Raymond ; la Société médico-psychologique, les internes des asiles de la Seine, de l'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière ; sur les gradins avaient pris place, les familles, les amis de Baillarger et de Falret ; M. Le Bas, le sympathique directeur de la Salpêtrière ; un grand nombre de dames surveillantes et sous-surveillantes des services d'aliénés et des services hospitaliers de la maison. En dehors de l'estrade officielle était rangée dans les grandes avenues une foule émue, attentive, c'étaient les hôtes de la Maison qui prenaient, elles aussi, part à la grande fête.

Le premier qui sortit de nos rangs, ce fut M. Jules Falret, il avait été le président du Comité de souscription pour le buste de Baillarger, c'était à lui qu'il appartenait de l'offrir à la Ville de Paris, à l'Assistance publique ; il avait, à un autre titre, le droit de prendre la parole, il offrait aussi, à la même heure, le buste de son père, J.-P. Falret. A une œuvre collective, il ajoutait, avec une délicatesse touchante, une œuvre privée, et

daus l'accomplissement de ce pieux devoir, il s'effaçait, ne voulant parler que des deux hommes de bien dont il relevait les mérites, avec l'autorité que lui assure sa science profonde, et l'honorabilité indiscutée de sa vie.

*Discours de M. J. FALRET, au nom du Comité
de la souscription Baillarger.*

MESSIEURS,

En ma qualité de président du Comité de la souscription Baillarger, je viens aujourd'hui, au nom de la Société psychologique et en mon nom personnel, offrir à l'administration de l'Assistance publique et à l'hospice de la Salpêtrière, les bustes du D^r Baillarger, et de mon père, le D^r Jean-Pierre Falret, dont l'administration a autorisé l'érection dans la première cour de la Salpêtrière et dont la Société médico-psychologique a décidé, pour aujourd'hui, l'inauguration solennelle devant M. le Préfet de la Seine et M. le directeur de l'Assistance publique, qui ont bien voulu accepter notre invitation et relever par leur présence l'éclat de cette cérémonie.

C'est un grand honneur pour nous, Messieurs, de voir ici réunie une affluence aussi considérable de représentants de l'autorité, du Conseil général de la Seine et de la profession médicale, pour honorer la mémoire de deux médecins éminents, qui ont laissé dans l'hospice de la Salpêtrière des souvenirs si vivaces, et dans notre science spéciale des traces si durables, destinées à perpétuer leurs noms.

Nous adressons donc nos plus vifs remerciements à tous ceux qui ont bien voulu honorer cette réunion de leur présence et rendre ainsi hommage à notre famille aliéniste, dans la personne de deux de ses plus illustres représentants.

La vie de ces deux maîtres de la pathologie mentale, malgré les profondes différences de caractère et de tendances scientifiques qui les ont séparés pendant tout le cours de leur existence, a présenté néanmoins de nombreux points de contact, qui les rapprocheront aux yeux de la postérité et qui justifient pleinement l'inauguration

simultanée de leurs bustes que nous célébrons aujourd'hui.

Tous deux, élèves directs de Pinel et d'Esquirol, ils ont adopté, avec des modifications secondaires, et propagé les doctrines scientifiques et philanthropiques de leurs illustres Maîtres, pour lesquels ils ont toujours professé la plus grande vénération.

Tous deux, médecins de la Salpêtrière, ils ont eu l'insigne honneur d'inaugurer en même temps, dans cet hospice, où leurs maîtres avaient déjà fait école, l'enseignement clinique et public des maladies mentales, à une époque où cet enseignement n'avait pas encore de représentant officiel. Tous deux, pendant près de trente ans, ils ont poursuivi, avec zèle et persévérance, le but élevé d'initier à la science, si dédaignée encore, qu'ils cultivaient avec tant de succès, de nombreux élèves, qui ont puisé dans ce double enseignement toutes les notions qu'ils ont pu acquérir sur la science des maladies mentales, et qui se sont répandus ensuite en France et à l'étranger, pour propager leurs doctrines et devenir médecins et directeurs des asiles d'aliénés, publics et privés, dans toute l'Europe.

Tous deux, animés du même zèle humanitaire qui caractérisait leurs devanciers, ils ont mené de front la philanthropie et la science, et ils ont fondé, l'un, la Société de patronage pour les aliénés convalescents qui, depuis plus de cinquante ans, n'a pas cessé de fonctionner avec succès et de rendre les plus grands services aux aliénés sortis guéris des asiles publics du département de la Seine, et l'autre, les *Annales médico-psychologiques*, mine inépuisable, où se trouvent accumulés les matériaux les plus précieux pour les travailleurs de l'avenir, la Société médico-psychologique, qui, depuis 1852, a servi puissamment au développement de notre science spéciale, et, enfin, l'association mutuelle des médecins aliénistes qui a fait tant de bien aux veuves et aux enfants de nos confrères aliénistes, morts sans fortune ! (*Applaudissements.*)

Tous deux, enfin, médecins de la Salpêtrière et membres de l'Académie de médecine, ils ont laissé dans la science des découvertes durables que la postérité conservera.

L'un a démontré la non-existence de la monomanie, telle que la concevait Esquirol, c'est-à-dire comme délire partiel exclusivement limité à un seul sujet ; il a découvert la *Folie circulaire* et la *Folie du doute*, qui est devenue le point de départ des études ultérieures sur la folie avec conscience et les obsessions ; il a décrit le premier les trois périodes successives de l'évolution de l'idée fixe dans les délires partiels, jusqu'au *délire stéréotypé*, description qui a été appliquée, depuis lors, au seul délire de persécution ; enfin, il a proclamé la nécessité de créer désormais, par l'observation clinique, des espèces naturelles de maladies mentales, reposant à la fois sur l'ensemble des symptômes physiques et moraux et sur la marche de ces affections.

L'autre, Baillarger, a publié de nombreuses études cliniques sur la mélancolie avec stupeur ou stupidité, sur les hallucinations psychiques et psycho-sensorielles, sur la folie à double forme, et, surtout, sur la paralysie générale, travaux qui suffiraient pour immortaliser son nom et qui, basés sur une observation sérieuse et persévérante, défieront les atteintes du temps, sans parler de ses recherches anatomiques et physiologiques qui ont complété son œuvre.

Comme fils, il ne m'appartient pas de faire ici l'éloge d'un père pour lequel j'ai conservé la plus filiale vénération et auquel je dois doublement la vie, et comme père, et comme maître en aliénation mentale. Je laisserai ce soin à mes excellents collègues qui prendront la parole après moi. Mais je ne puis terminer ce discours sans rendre un dernier hommage à la mémoire des deux Maîtres de la médecine mentale, dont les bustes sont aujourd'hui placés sur leur piédestal, à l'entrée même de cet hospice de la Salpêtrière, où ils ont rendu, pendant de si longues années, tant de services aux aliénés et à la science. (*Applaudissements.*)

Tous deux nous ont laissé un salubre exemple et de précieux enseignements. Leur vie, consacrée tout entière au travail, aux progrès de la science et au bien-être des aliénés, est pour nous un vrai modèle à suivre.

Comme leurs maîtres, Pinel et Esquirol, ils ont été dirigés, pendant toute leur existence, par deux mo-

biles supérieurs, l'amour des aliénés et le désir constant de faire progresser la science spéciale, encore si incomplète, à laquelle ils avaient consacré leur vie, et tous deux nous ont légué, comme testament scientifique, ce même et suprême enseignement : La clinique doit être la véritable base de la pathologie mentale. L'anatomie pathologique et la psychologie normale, sciences auxiliaires indispensables, doivent lui servir d'appuis, mais non la dominer, et la clinique seule peut contribuer à son avancement et à ses progrès ! (*Applaudissements.*)

L'Académie de médecine avait chargé M. Magnan de parler en son nom. Notre savant confrère a été le digne interprète des sentiments de l'Académie. Dans un langage d'une grande élévation, il a marqué la place que les deux maîtres avaient occupée dans la science ; il a dit quels services ils avaient rendus, et en quelle haute estime ils étaient tenus, il a mis en relief les qualités de leurs cœurs, égales à celles de leurs esprits, il les a montrés aussi grands tous les deux que leurs maîtres, Pinel et Esquirol.

*Discours de M. MAGNAN, au nom de l'Académie
de médecine.*

MESDAMES, MESSIEURS,

Je viens, au nom de l'Académie de médecine, rendre hommage à la mémoire de deux de ses membres les plus éminents, MM. Baillarger et Falret, tous deux maîtres illustres, dont les échos de la Salpêtrière rappellent encore le brillant et fécond enseignement.

J'ai été d'autant plus touché de la pieuse mission qui m'a été confiée, que j'ai eu le bonheur d'être l'interne de l'un et de l'autre ; conséquemment j'ai eu l'immense avantage, dans les causeries intimes de tous les jours, où le maître s'abandonne tout entier, de puiser à pleines mains, dans les trésors infinis de leur érudition, de leur savoir et de leur vaste expérience. Qu'il me soit permis d'exprimer ici le témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

Dignes continuateurs de Pinel et d'Esquirol, ils ont marqué la seconde étape dans la marche progressive de la psychiatrie, et ce n'est pas trop des efforts de tous, aujourd'hui, pour soutenir la puissante impulsion qu'ils lui ont imprimée.

Vous allez entendre dans quelques instants d'éloquents panégyriques, mais je dois, pour ma part, me borner à rappeler ce qu'ont été les deux académiciens.

Le Dr Jean-Pierre Falret fut élu, le 3 juin 1823, membre adjoint résidant de l'Académie de médecine ; il n'avait pas encore trente ans, mais il était déjà connu, et son *Traité de l'hypocondrie et du suicide* ne tardait pas à être traduit en plusieurs langues. Un peu plus tard, ses travaux statistiques sur les aliénés, les suicides et les morts subites furent, deux années consécutives, couronnés par l'Institut.

Le 20 janvier 1835, lors de la réorganisation de l'Académie de médecine, il devint membre titulaire dans la section de Pathologie médicale. Deux ans après, il prenait une part active, à côté d'Esquirol et de Ferrus, à la confection de la loi du 30 juin 1838, sur les aliénés. Cette loi, inspirée par une pensée essentiellement médicale, tonte à l'avantage du malade et de la sécurité publique, étonne et surprend ceux-là mêmes, qui, après l'avoir violemment critiquée, sont appelés à l'examiner et à indiquer les modifications qu'elle doit subir ; à mesure qu'ils l'approfondissent, ils sont forcés de convenir qu'elle est simple, pratique, protectrice et bienfaisante et que la plupart des réformes projetées sont, pour le moins, d'une utilité contestable.

En 1840, M. Falret qui, depuis neuf ans, était chargé du service des aliénés chroniques de la Salpêtrière, passa dans la section de Rambuteau, réservée à cette époque aux aliénés en traitement. Dès le début, il se consacra tout entier à cet enseignement si renommé, essentiellement pratique, révélant le quotidien du clinicien hors de pair. Possédant au plus haut degré cet art si délicat d'interroger l'aliéné, il ne tardait pas à rendre confiants et communicatifs les malades les plus taciturnes et les plus réservés ; il parvenait ainsi à faire passer devant les auditeurs les pages vivantes et les plus

émouvantes de la clinique mentale ; et comme le disait Lasègue qui se plaisait à se déclarer son élève, cet enseignement familial était conforme à la destination de toute clinique, dont le programme vrai est d'être, plutôt que de paraître.

Tel se montrait M. Falret, quand M. Baillarger, à la suite d'un concours où il fut nommé le premier, prit possession d'un des services de la Salpêtrière et ne tarda pas, à son tour, à inaugurer ses leçons, à la fois dogmatiques et cliniques, qui eurent, dans la suite, tant de retentissement.

Le 15 juin 1847, il était élu, à l'Académie de médecine, à cette période difficile, où les portes ne s'ouvraient, pour chaque nouveau titulaire, qu'après trois extinctions ; il entra dans la section d'Anatomie et de Physiologie, succédant à MM. Ribes, Olivier (d'Angers) et Breschet.

Quoique jeune encore — il avait à peine trente-huit ans — il avait donné la mesure de son vaste savoir, il s'était déjà fait remarquer par l'originalité et l'importance de ses travaux et de ses découvertes.

Observateur rigoureux et sagace, il apportait dans ses recherches une telle netteté, une telle pénétration, que les questions les plus ardues, les plus complexes devenaient par lui simples et faciles.

Il avait déterminé très nettement le siège précis de quelques hémorragies dans la cavité arachnoïdienne.

Sans le secours du microscope, à une époque où l'histologie était encore dans l'enfance, mettant à profit la propriété que possède la substance grise de se laisser pénétrer par les rayons lumineux, il donna de la structure de la couche corticale des circonvolutions, une description restée classique que les progrès de l'histologie moderne ont complétée sans rien changer à ce qu'elle avait de fondamental. Dans le même ordre de recherches, son mémoire sur le mode de formation du cerveau et sa communication à l'Académie, sur les rapports entre l'étendue de la surface du cerveau et le développement de l'intelligence, ont une haute importance morphologique et physiologique.

Que dire de son remarquable mémoire sur les hallucinations, auquel l'Académie de médecine accorda le

prix Civrieux, si ce n'est qu'il a servi de base à tout ce qui a été publié depuis sur ce sujet, et que psychologues, physiologistes et cliniciens le consultent encore avec profit, et y puisent, chaque jour, des éléments utiles à leurs recherches.

Les autres travaux sur les hallucinations sont tout aussi remarquables, notamment son étude si pénétrante, si judicieuse du fonctionnement cérébral dans cette période intercalaire à la veille et au sommeil, dans laquelle les centres supérieurs cessant d'intervenir, les hallucinations hypnagogiques deviennent le point de départ du délire, mettant en évidence l'une des modalités les plus curieuses du mécanisme cérébral, l'automatisme.

C'est là un vrai trait de génie, à ce moment où les notions sur la physiologie de l'écorce étaient si rudimentaires, à ce moment où l'on n'avait pas encore mis à profit l'incomparable champ d'exploration qu'a fourni l'hystérie, à ce moment, enfin, où toute cette mine si riche en phénomènes obsédants et impulsifs de la dégénérescence, était à peine explorée. M. Baillarger avait eu l'intuition des grandes découvertes qui ont suivi ces études. (*Applaudissements.*)

Les hallucinations psychiques, les hallucinations psycho-sensorielles, le mode de production des hallucinations hypnagogiques, l'automatisme cérébral, étaient la révélation de l'existence des centres supérieurs, exerçant une action modératrice sur toute cette région située en arrière de la pariétale ascendante, sur tout ce domaine des appétits et des instincts.

Cette partie de l'écorce cérébrale, véritable substratum organique de nos souvenirs, renferme les différents centres perceptifs encéphaliques qui recueillent les images mnémoniques de toutes nos impressions sensorielles, et c'est là que les centres d'idéation viennent puiser les matériaux nécessaires à l'élaboration intellectuelle, à la formation des idées ; ces images passant en avant dans la région frontale, deviennent les schémas, les signes représentatifs de la pensée et fournissent les éléments de nos déterminations. Tous ces faits, aujourd'hui classiques, on les trouve en germe, dans les beaux travaux de M. Baillarger. Tels sont les titres qui avaient assuré ses succès. (*Applaudissements.*)

M. Baillarger a fait de nombreuses communications à l'Académie de médecine, toujours bien accueillies, car elles portaient toutes la marque de son esprit de méthode et de précision. Il était aussi bien écouté quand il parlait des stigmates physiques des dégénérescences chez les Astèques, dans la microcéphalie, qu'en exposant ses intéressantes considérations si instructives sur le goitre et le crétinisme ou qu'en intervenant, d'une façon active, dans les questions à l'ordre du jour, notamment dans la discussion sur l'aphasie.

En 1854, l'Académie assista à un véritable tournoi, les deux géants se mesurèrent, prenant pour devise, Falret la folie circulaire, Baillarger la folie à double forme. Cette question, toute nouvelle, quoique peu familière, on peut bien le dire, à beaucoup d'académiciens, n'en captiva pas moins l'attention de tous, et les deux grandes séances, consacrées à la discussion, furent trop courtes au gré des auditeurs.

Cette lutte scientifique entre deux adversaires animés du même amour de la vérité, eut les conséquences qu'elle devait avoir, la constitution définitive d'une nouvelle forme mentale. Vous pouvez être satisfaits, chers maîtres, vous avez été tous les deux victorieux, vous avez solidement posé les premières assises, et c'est désormais sur le roc que pourront bâtir tous ceux qui exploreront le terrain clinique de l'intermittence et de la périodicité. (*Applaudissements.*)

C'est vers cette époque, en l'absence de l'enseignement officiel, que grâce aux deux maîtres que nous honorons aujourd'hui, brilla de tout son éclat l'École de la Salpêtrière.

M. Falret, dans le livre sur les maladies mentales et les asiles d'aliénés, publié en 1864, s'est appliqué à développer les principes qui doivent guider dans l'examen du malade et dans l'étude clinique de la folie ; sa symptomatologie générale est un modèle du genre, et ses considérations générales sur les asiles trouvent encore chaque jour leur application.

De son côté, M. Baillarger a eu l'heureuse idée de réunir en volumes, sous le titre de *Recherches sur les maladies mentales*, la plupart de ses travaux ; il les a groupés par séries distinctes, mettant à leur distribution

le soin qui caractérise toutes ses œuvres ; des sommaires d'une extrême clarté, placés à la fin des deux volumes, donnent une idée d'ensemble de chaque mémoire, si bien que les questions les plus ardues deviennent accessibles à ceux mêmes qui n'ont pas l'habitude de ces études spéciales.

On comprend à la lecture de ce magnifique recueil, tout ce dont sont redevables à cet infatigable travailleur, l'anatomie et la physiologie des centres nerveux, la psychologie, la pathologie et la clinique mentales, la thérapeutique et la médecine légale des aliénés, sans oublier son sujet d'étude de prédilection, la paralysie générale. D'autre part, on vous dira bientôt ce que lui doivent la Société médico-psychologique et les *Annales*, son organe de vulgarisation.

En 1878, il fut l'objet de la plus flatteuse distinction de la part de ses collègues de l'Académie qui l'éluèrent président ; et, à son tour, il apporta dans la direction de leurs travaux et de leurs débats, tout le poids de son autorité et toute l'aménité de son caractère.

Ces deux hommes d'élite, MM. Baillarger et Falret, émules dans le travail et la science, restèrent émules dans la charité et la bienfaisance.

Tous les deux s'étaient émus du sort qui attend parfois certains aliénés guéris ou convalescents, à leur sortie de l'asile, et simultanément ils avaient créé une œuvre de patronage dont la mission était de recueillir ces anciens malades, de les encourager, de les protéger et de les aider à trouver un travail suffisamment rémunérateur ; de les suivre ensuite, dans les différentes positions, pour écarter ou amortir les causes de rechutes, et intervenir si c'était encore nécessaire.

Les deux sociétés se développèrent parallèlement ; mais, plus tard, elles se fusionnèrent en une seule, dont M. Falret resta le président, y consacrant tout son amour du bien et son activité. A sa mort, son fils, notre cher collègue, héritier des hautes qualités de son cœur et de son esprit, a pris la direction de cette œuvre de charité, qui continue à rendre les plus grands services.

De son côté, M. Baillarger, dont la digne compagne, heureuse aujourd'hui de son triomphe, pourrait seule

nous dire l'étendue de l'ineffable bonté (1), préoccupé des infortunes imméritées de quelques-uns de nos confrères, fonda l'*Association mutuelle des médecins aliénistes de France*, dont il devint le président d'honneur et l'un des agents les plus actifs.

On ne s'arrêterait point, si l'on voulait énumérer tout ce que la science et l'humanité doivent à ces maîtres vénérés au souvenir desquels devra désormais s'associer, dans cette enceinte, le pieux souvenir de ceux qui les ont guidés.

Qu'il nous soit donc permis, en ce moment, d'unir dans notre hommage respectueux et de saluer, avec fierté, les noms glorieux de Pinel, d'Esquirol, de Baillarger, de Falret, qui personnifient la florissante école de la Salpêtrière, ce berceau, ce foyer de la psychiatrie, dont le lumineux rayonnement s'est répandu dans le monde entier. (*Applaudissements.*)

M. Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique, prit la parole à son tour. C'était à lui qu'il convenait de mettre en lumière l'importance de l'œuvre scientifique de Falret et de Baillarger. Il l'a fait avec l'impartialité de l'historien qui lègue à l'avenir le soin de consacrer ses jugements. Il a rappelé les œuvres des deux savants, signalé les différences de leurs procédés, et montré qu'en dernière analyse, s'ils avaient obéi aux tendances de leur esprit, s'ils s'étaient séparés sur quelques points, ils étaient restés unis dans un égal dévouement à la science et aux aliénés. Bien plus, chacun d'eux a répandu autour de lui ses bienfaits d'une main généreuse, et fondé une œuvre de charitable assistance : Falret en créant la Société et l'asile de patronage pour les aliénés convalescents ; Baillarger, en instituant la caisse de secours des médecins aliénistes. M. Ritti était plus autorisé que personne à rappeler que Baillarger a fondé, soutenu, les *Annales médico-psychologiques*, recueil

(1) M^{me} Baillarger assistait à l'inauguration.

d'une rare valeur, où sont notés, pour ainsi dire, jour par jour, les progrès, les conquêtes de la psychiatrie française depuis un demi-siècle.

*Discours de M. RITTI, au nom de la Société
médico-psychologique.*

MESDAMES, MESSIEURS,

C'est au nom de la Société médico-psychologique, promotrice de cette soleunité, que je prends la parole. Cet insigne honneur, dont je sens tout le prix, mais aussi tout le péril, je le dois à la confiance bienveillante de mes collègues. Pour surmonter les difficultés de ma tâche, pour célébrer dignement les mérites des deux éminents aliénistes à la mémoire desquels nous rendons aujourd'hui un public hommage, j'ai besoin de faire appel à un double sentiment profondément ancré dans mon cœur : une vive admiration pour leurs travaux, une reconnaissance sans bornes pour leurs enseignements.

La vie de Jules Baillarger et de Jean-Pierre Falret est connue ; leur existence calme et honorée, sans heurts et sans orages, peut se résumer en deux mots : travail et dévouement.

Leur œuvre, qui contient une abondante moisson de vérités nouvelles, est entre toutes les mains, lue et méditée par tous ceux, jeunes ou vieux, qui ont souci du progrès de notre science. L'analyser ici serait superflu. Au lieu d'une énumération nécessairement incomplète des faits qu'ils ont découverts, des théories qu'ils ont émises, des idées ingénieuses dont ils ont semé leurs écrits, il me semble préférable de comparer ces deux grands esprits, en remontant jusqu'à la source même où ils ont puisé leurs premières notions de médecine mentale, pour indiquer ensuite les méthodes qui les ont guidés dans leurs recherches et les facultés maîtresses dont la nature les avait dotés.

Baillarger et Falret, à tant d'égards si différents, eurent cependant le même maître. Et quel maître ! Intelligence d'une rare élévation, cœur noble et généreux, Esquirol était un véritable conducteur d'âmes, sachant attirer, mais aussi retenir, tous ceux qui l'ap-

prochaient, leur communiquant cette passion pour le vrai et le bien qui le possédait lui-même et qui lui inspirait tant d'œuvres grandes et durables.

Tous deux furent ses internes, l'un dans cet hospice de la Salpêtrière, l'autre à la maison de Charenton. Après de cet admirable enseignant, qui prêchait par la parole et par l'exemple, ils trouvèrent, outre ces soins paternels qu'il prodiguait à ses élèves, tous les excitants capables de développer leur jeune intelligence ; ils acquirent surtout cet art si difficile, si délicat d'observer l'aliéné, de ne pas s'arrêter en ce qui le concerne aux apparences extérieures, mais de creuser bien à fond ses multiples manifestations délirantes.

Dans n'importe quelle branche du savoir humain, les questions de méthode priment toutes les autres. En médecine mentale, l'observation clinique est la souveraine maîtresse. Esquirol, qui était, comme son illustre maître Pinel, imprégné des théories psychologiques du XVIII^e siècle, en secouait le joug lorsqu'il se trouvait en face du malade ; il n'observait pas alors à la manière du psychologue, mais en médecin qui cherche à dépister les symptômes du mal et à en trouver la signification pathologique. Cette exactitude, cette précision, je dirais volontiers cette probité dans l'observation clinique, on en découvre des preuves nombreuses presque à chaque page de son œuvre ; les documents qu'il a publiés n'ont rien perdu de leur valeur scientifique, et l'on peut affirmer sans exagération que la plupart d'entre eux ne dépareraient pas le traité de médecine mentale le plus moderne.

Baillarger demeura toute sa vie fidèle aux préceptes du maître. C'est à l'examen direct des aliénés qu'il demanda la solution des problèmes que soulève l'étude de la folie ; c'est la pratique constante et assidue de l'observation clinique, rendue plus perspicace et plus pénétrante par l'association de la méthode comparative, qui lui permit d'extraire de l'amas confus des vésanies quelques types morbides plus nets et mieux déterminés, tels que la mélancolie avec stupeur et la folie à double forme, de découvrir une multitude de manifestations symptomatiques, qui donnent plus de précision au diagnostic des maladies mentales et plus de sûreté à leur pronostic.

Est-ce à dire que ce maître clinicien dédaignât les autres procédés de recherches, très en faveur autour de lui? Bien loin de là; seulement, il les appréciait à leur juste valeur, ne les considérant que comme de très utiles auxiliaires pour confirmer les vérités d'observation. A ce titre il s'en servit à maintes reprises avec succès: qu'on se rappelle ses remarquables travaux d'anatomie pathologique sur la paralysie générale, l'application qu'il a faite de la méthode psychologique à l'étude de la physiologie des hallucinations.

La vie scientifique de Falret ne présente pas cette uniformité. Esprit plus inquiet, plus impatient du but, il changeait volontiers de méthode, lorsque celle qu'il employait ne satisfaisait pas son goût de la vérité absolue, objet de ses aspirations. Dans cette remarquable préface de son principal ouvrage, véritable « discours de la méthode » en psychiatrie, il se raconte lui-même avec cette simplicité, cette sincérité, qui siéent à toute grande intelligence, nous faisant assister aux phases diverses qu'il parcourut dans son développement scientifique.

À l'époque où il suivait les leçons de Pinel et d'Esquirol, les jeunes aliénistes, — la plupart d'entre eux ont marqué dans la science, — suivaient le courant qui entraînait la médecine contemporaine; ils se livraient avec ardeur aux recherches d'anatomie pathologique, scrutant avec soin le cerveau et les membranes des aliénés pour y découvrir la raison première des phénomènes de la folie. L'ambition était grande et louable; elle ne fut pas complètement déçue. De cette persévérance à la pratique des autopsies, de cette multitude de crânes ouverts, de méninges disséquées, de cerveaux mis à nu et examinés avec une attention fébrile, sortit une des plus grandes découvertes médicales du siècle, la paralysie générale, qui, à elle seule, suffit à justifier « cette direction anatomique de la science » des critiques dont elle a été l'objet.

Falret qui avait cédé à l'entraînement général, fut bientôt désabusé; mais ne demandait-il pas à la méthode plus qu'elle ne pouvait donner? Comme il voulait « arriver à une théorie rationnelle de la folie et systématiser scientifiquement les diverses parties de la médecine

mentale », et que l'anatomie pathologique ne l'avait guère approché de ce but, il s'adressa à la psychologie. « L'état normal des facultés de l'esprit, pour emprunter les paroles de Lasègne, venait d'être l'objet de recherches habiles, ardentes, presque passionnées. On se hâtait d'utiliser, au profit de la pathologie, des découvertes encore inexploitées. » Falret poursuivit donc, avec un zèle méritoire, « chez les aliénés, à l'état pathologique, la recherche minutieuse des lésions de la mémoire, de l'association des idées, du jugement et même de l'abstraction, en un mot, de toutes les facultés reconnues par les psychologues à l'état normal ». Recherches décevantes! subtilités stériles! on s'éloigne de la réalité, on oublie le malade pour ces êtres de raison, ces entités métaphysiques sur lesquelles les psychologues discutent depuis des siècles sans pouvoir s'entendre.

Après s'être ainsi, pendant quinze ans, torturé l'esprit, Falret dut reconnaître qu'il faisait fausse route, qu'en « important la psychologie dans la médecine mentale, on détruit tout ce qui constitue essentiellement la maladie, c'est-à-dire l'ensemble des faits connexes et leur ordre de succession : on efface toute idée de marche et de coordination des phénomènes. On supprime la maladie pour ne plus voir que le symptôme, et l'on supprime le symptôme complexe pour ne plus voir que le symptôme isolé! »

C'est la marque d'une grande intelligence de confesser ses erreurs et d'en tirer profit. Falret revint, après un trop long détour, aux préceptes des maîtres de sa jeunesse; il comprit que chaque science ayant ses exigences particulières, ses lois et ses procédés, « c'est dans la pathologie mentale elle-même, c'est-à-dire dans l'étude clinique et directe des aliénés, que le médecin aliéniste doit rechercher les fondements de sa science spéciale ».

Il devint depuis lors l'apôtre le plus ardent de la méthode de l'observation clinique; il s'en fit même le théoricien et les pages qu'il lui consacra sont de celles que l'on ne saurait assez relire et méditer : le médecin y puisera des préceptes clairs, nets et précis sur l'examen des aliénés; le philosophe, des sujets de méditation sur l'art de l'investigation scientifique. (*Applaudissements.*)

A la réunion des matériaux, à la simple constatation des faits, succède leur mise en œuvre, leur élaboration. C'est dans ce travail que se révèle la personnalité intellectuelle du savant, sa faculté maîtresse. Cette faculté différait chez nos deux illustres collègues. Baillarger, esprit essentiellement analytique, avait la passion des faits particuliers; il semblait avoir pris pour devise de sa vie scientifique la célèbre maxime de Buffon : « Rassemblons des faits pour nous donner des idées. » Il mettait une ardeur communicative à prendre des observations cliniques, à les étudier, à les comparer entre elles. Comme le botaniste son herbier, jamais il ne trouvait sa collection suffisamment complète. Mais à quel merveilleux usage il sut l'employer! De combien de vérités nouvelles il a pu, grâce à elle, enrichir notre science! Et cette question des rémissions dans la paralysie générale provoquées par les suppurations prolongées, et l'inégalité pupillaire d'un si grand secours dans le diagnostic de cette même affection, et l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations, et la folie à la suite des fièvres intermittentes, enfin tant d'autres sujets encore de non moindre importance! S'il faut savoir se borner dans cette énumération, il est cependant impossible de passer sous silence certains points de fait qu'a très bien vus ce sagace et pénétrant observateur, mais dont il a laissé à d'autres le soin de tirer les conséquences, tels entre autres les hallucinations psychiques et la folie communiquée. Dans tous ses écrits, les observations cliniques occupent la plus grande place, pareilles à ces illustrations qui donnent de la vie au texte, ou à ces figures qui, dans les ouvrages didactiques, rendent les démonstrations plus saisissantes.

Falret, au contraire, était un esprit synthétique; aux faits particuliers il préférait les tableaux d'ensemble; à la description minutieuse de signes symptomatiques, l'enchaînement des phénomènes. Non pas qu'il dédaignât les observations cliniques, il en a rassemblé plus que personne; mais il ne s'en servait que comme de matériaux dont il savait, par un habile travail d'abstraction, extraire les éléments essentiels de ses descriptions magistrales; semblable à l'historien qui compulse

les archives de son pays, non pour publier des documents rares et curieux, mais pour donner à son récit plus de vie et de vérité.

Un frappant exemple de cette opposition entre ces deux grands esprits nous est fourni par les mémoires, remarquables à des titres divers, qu'ils ont consacrés à ce type morbide, dénommé par l'un folie circulaire, et folie à double forme par l'autre. Falret décrit les symptômes des diverses phases de la maladie dans une série de tableaux d'une grande largeur de touche et d'une saisissante réalité, sans jamais appeler à son aide les faits cliniques; pour l'étiologie, le pronostic, le traitement et la médecine légale, il procède par affirmations nettes et précises, par aphorismes, résumant une savaute et déjà longue expérience. Dans le mémoire de Baillarger, au contraire, les observations cliniques affinent; elles sont au premier plan, apportent chacune une preuve nouvelle et conduisent graduellement le lecteur aux conclusions. L'intérêt réside surtout dans les faits; par eux, la démonstration devient éclatante et complète.

N'est-ce pas aussi cette prédominance des facultés analytiques chez l'un et des facultés synthétiques chez l'autre, qui explique leurs opinions respectives sur la classification des maladies mentales? Baillarger resta, jusqu'à ces derniers jours, attaché à la classification de Pinel et d'Esquirol. Il la considérait comme une œuvre parfaite, dont on pouvait élargir ou augmenter les cadres, — ce qu'il ne manqua pas de faire lui-même, — mais dont les bases et les grandes lignes devaient pieusement être conservées. Il défendit toujours avec chaleur l'édifice scientifique du maître, et c'est avec une véritable tristesse qu'il le voyait s'écrouler pièce par pièce sous l'influence du progrès de la science. Falret ne considérait l'œuvre d'Esquirol que comme une classification d'attente, d'un caractère purement artificiel, destiné à « être remplacé dans l'avenir par un classement plus pratique des espèces naturelles des maladies mentales ». De ces maladies, il s'était fait une notion autre que celle qu'on avait de son temps; il voulait qu'elle reposât non seulement sur l'étude clinique des symptômes physiques et moraux, mais surtout sur la connaissance approfondie de leur marche, de leur évolution. Cette no-

tion semble avoir prévalu en psychiatrie; le vœu de Falret a été en partie exaucé : plusieurs « espèces naturelles de maladies mentales » ont été constituées d'après ses principes; mais la classification est restée bâtarde, mi-partie artificielle, mi-partie naturelle, et nous pouvons encore aujourd'hui exprimer le regret qu'il émettait il y a trente ans : « Malheureusement, sous ce rapport important, nous sommes encore à l'époque des Tournefort et des Linnée, et nous attendons un Jussieu ! »

Poursuivant la comparaison, on trouve les mêmes contrastes dans le mode d'enseignement des deux maîtres : analyse d'une part, synthèse de l'autre. Aussi les cours qu'ils professèrent pendant de longues années, dans cet hospice de la Salpêtrière, semblaient-ils, se compléter l'un par l'autre : celui de Falret, aux tendances théoriques avec des échappées vers la philosophie; celui de Baillarger, tout pratique, ne dépassant jamais, ou rarement, le terrain solide des faits, de l'observation clinique.

Ces deux enseignements, sans aucun caractère officiel, furent, pendant plus d'un quart de siècle, les seuls où la jeunesse médicale put s'initier aux difficiles et délicates questions de la médecine mentale. Les deux illustres maîtres furent dignement récompensés de leurs efforts et de leurs peines. De tous les points de la France et même de l'Europe, ils virent accourir des auditeurs zélés; ils eurent la joie, la douce joie, de former des disciples qui développèrent leurs idées, véritable pépinière où les pouvoirs publics vinrent chercher des médecins aliénistes pour la direction des asiles qui s'élevaient, de plus en plus nombreux, depuis la promulgation de la loi du 30 juin 1838. C'est là, entre beaucoup d'autres, un service des plus signalés que Falret et Baillarger aient rendu à leur pays. (*Applaudissements.*)

L'histoire de l'assistance publique des aliénés depuis cent ans présente plusieurs étapes glorieuses qui sont dans toutes les mémoires. Pinel, d'abord, brise les chaînes des aliénés; appliquant à leur traitement les moyens de douceur et de bienveillance, il élève ces malheureux, jusque-là traités à l'égal de bêtes fanées, à la dignité de malades. Esquirol, continuant la réforme de

son illustre maître, la fait appliquer dans toute la France. Ce ne fut certes pas sans difficultés, ni sans luttes ; mais avec cette calme et douce obstination, qui est la plus grande force du philanthrope, il parvint à vaincre tous les obstacles. Par ses publications et ses rapports où il racontait simplement les faits lamentables qu'il avait vus, il sut intéresser l'Administration à la cause qui lui était chère. Grâce à lui, grâce à l'éloquente et vigoureuse campagne qu'il mena par la parole et par la plume, les malheureux blessés de l'intelligence, enfin séparés d'avec les criminels et les vagabonds dont ils partageaient les sombres gîtes, trouvèrent des asiles où les soins leur furent prodigués.

« Une maison d'aliénés, écrivait-il, est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales. » Ce principe fondamental, trop souvent encore méconnu par l'ignorance ou les préjugés, est aujourd'hui de vérité courante dans la science. Oui, l'établissement d'aliénés est « un instrument de guérison », et les guérisons y sont nombreuses. Malheureusement, si elles ne se maintiennent pas, si les rechutes et les récidives sont fréquentes, c'est que la convalescence de la folie, de ce mal terrible qui ébranle la fonction la plus délicate de l'organisme, est entourée d'ordinaire de moins de soins, de moins d'égards que celle d'une fièvre quelconque, même légère. À peine l'aliéné a-t-il reconqué la raison, qu'il doit être rendu à la liberté d'après les prescriptions mêmes de la loi, qui n'a nul souci des écueils auxquels il sera exposé en rentrant dans sa famille, dans la société. Heureux celui qui trouve au milieu des siens une atmosphère de bienveillance et de douceur où sa pauvre âme endolorie par la souffrance est soutenue et réconfortée ! Mais combien, — et c'est le plus grand nombre, — transplantés subitement du milieu calme et reposant de l'asile dans celui si mouvementé et si troublant de l'extérieur, suspects le plus souvent à leur entourage, en butte à la risée des uns et à la crainte des autres, dans l'impossibilité de trouver du travail pour gagner le pain quotidien, — combien de ces malheureux, perdant courage, succombent dans cette âpre lutte pour la vie et voient de nouveau leur intelli-

gence sombrer dans les ténèbres de la folie! (*Applaudissements.*)

Contre de si terribles catastrophes il doit exister un remède. Baillarger et Falret dont le cœur était à la hauteur de l'intelligence, le cherchèrent et le trouvèrent presque simultanément. Il consiste dans la création de sociétés de patronage chargées de protéger, dans le monde et même dans leurs familles, les aliénés indigents guéris, après leur sortie des asiles. L'idée, si elle était généreuse, était juste aussi. Pourquoi, en effet, et avec beaucoup plus de raison peut-être, ne pas appliquer aux convalescents des maladies de l'esprit ce qui semble réussir chez les malfaiteurs, chez les criminels?

C'est à Falret que revient ce rare mérite d'avoir fait entrer, le premier, dans la pratique cette grande et charitable pensée. Pour fonder cette nouvelle institution de bienfaisance, il n'eut recours qu'à l'initiative privée. S'entourant de personnes placées dans les situations les plus diverses, il sut entraîner leur adhésion, se faire donner des sommes importantes, des dons généreux, et, ce qui était plus précieux, il obtint leur concours actif, leur promesse de s'occuper directement des malheureux auxquels elles s'intéressaient.

Cette société de patronage, qui ne s'adresse qu'aux femmes aliénées, a déjà une existence plus que semi-séculaire. Avec des ressources relativement modestes, elle a fait un bien incalculable. La mort de son fondateur n'entrava pas sa marche ascendante; elle est aujourd'hui plus vivace, plus prospère que jamais, grâce à l'activité, au dévouement, à la générosité de notre excellent maître et ami, M. Jules Falret, qui consacre le meilleur de son temps pour développer cette œuvre de bienfaisance; il honore ainsi de la manière la plus belle, la plus touchante, la mémoire de son illustre père. (*Applaudissements.*)

Il n'existe pas de plus noble émulation, qui fasse plus d'honneur à la nature humaine, que celle du bien. Baillarger était au plus haut degré doué de ce sentiment généreux qui excite à égaler, à surpasser même les autres en actes de dévouement et de bienfaisance. La situation élevée qu'il avait si dignement acquise dans notre profession, lui en avait fait connaître les misères. Que de

confidences douloureuses il avait reçues ! Notre spécialité, composée presque exclusivement de fonctionnaires, a cependant aussi ses déshérités, ses naufragés. La maladie du chef de la famille, la mort avant la retraite, amènent l'indigence au foyer. La pudeur empêche de s'adresser à la charité privée, qui est d'ailleurs impuissante en présence de pareilles détresses.

Au récit de toutes ces souffrances, notre éminent maître eut l'heureuse inspiration — les grandes pensées ne viennent-elles pas du cœur ? — de créer une *caisse d'assistance mutuelle des médecins aliénistes*. Avec cette éloquence chande et persuasive dont il avait le secret, lorsqu'il s'agissait de faire le bien, de soulager une infortunée, Baillarger se fit l'apôtre de ce projet. Il eut la douce satisfaction de voir toute la famille aliéniste se grouper autour de lui. Grâce aux cotisations régulièrement payées, grâce aux subventions des pouvoirs publics et aussi à des legs de généreux donateurs, son Association mutuelle put secourir bien des misères ignorées, aider et protéger de nombreuses veuves de confrères, élever leurs enfants jusqu'à leur majorité. Depuis sa fondation, dans une période de vingt-sept années, elle a distribué pour plus de 150,000 francs de secours, placé un capital de près de 100,000 francs. Ces chiffres ne sont-ils pas suffisamment éloquents ? Et en constatant ainsi l'utilité de cette grande et belle œuvre, on est saisi de la plus grande vénération pour les sentiments philanthropiques si élevés de son créateur. (*Applaudissements.*)

Parlant au nom de la Société médico-psychologique, il est de mon devoir de rappeler bien haut que Baillarger a été son véritable fondateur. C'est dans le courant de l'année 1852, qu'après plusieurs tentatives infructueuses il parvint à agréger tous ceux qui s'intéressaient à la pathologie mentale et aux sciences connexes.

Le succès couronna cette entreprise. Pouvait-il en être autrement, lorsque cette Société naissante comptait au nombre de ses adhérents des penseurs comme Bnchez, Cerise, Alfred Maury ; des écrivains comme Dechambre, Brochin, Peisse ; des cliniciens tels que Baillarger, Calmeil, Delasiauve, Falret, Moreau (de Tours) ; des

administrateurs comme Ferrus et Parchappe? Mais tous ces grands noms que nous sommes accoutumés d'admirer, qui sont inscrits au Livre d'or de notre Compagnie, ne nous font pas oublier que c'est avant tout à Baillarger que nous devons ce que nous sommes. Tous, anciens et jeunes, s'en souviennent; c'est même un des nouveaux venus et non des moins distingués de nos jeunes collègues, M. Vallon, qui, le lendemain de la mort du Maître, a émis le vœu d'ériger un buste à celui que nous pleurons, qui avait rendu de si éminents services à notre spécialité. La proposition fut adoptée par acclamation, tant nous paraissait juste, naturel même, Ce suprême hommage rendu à cette chère mémoire. (*Applaudissements.*)

Par un sentiment de pieuse affection, notre excellent collègue et ami, M. Jules Falret, a fait exécuter l'image de son père pour l'offrir à la Salpêtrière. Heureuse coïncidence, qui nous permet de célébrer le même jour, dans cet établissement, théâtre de leur enseignement et de leurs recherches, deux des plus illustres aliénistes du siècle, qui, durant de longues années, vécurent ici côte à côte, ayant les mêmes aspirations pour le vrai et le bien, émules, mais non rivaux, dans les luttes pacifiques et fécondes de la science et de la bienfaisance.

Au nom de la famille aliéniste, dont je suis fier d'être l'interprète, je m'incline respectueusement devant ces monuments, élevés, l'un par la piété filiale, l'autre par la reconnaissance confraternelle; ils diront aux générations futures quelle fut notre vive et sincère admiration pour ces deux maîtres vénérés qui nous ont légué un riche patrimoine d'honneur et de dévouement professionnels, et donné le grand et salutaire exemple de l'amour de la vérité et de la pitié pour la souffrance humaine. (*Applaudissements.*)

M. Auguste Voisin, au nom des médecins de la Salpêtrière, a rendu hommage à ses devanciers. Il n'a eu qu'à rappeler leur glorieuse carrière, leur enseignement, pour réveiller dans nos cœurs les souvenirs inoubliables de l'École de la Salpêtrière.

*Discours de M. Aug. VOISIN, au nom des médecins
de la Salpêtrière.*

MESSIEURS,

M. J.-P. Falret a été médecin de la section Rambuteau et de la section des idiots. Les honneurs que nous lui rendons sont hautement justifiés par les progrès qu'il a imprimés à la médecine mentale.

Depuis sa nomination de médecin de la section des idiots à la Salpêtrière, en 1821, jusqu'à sa démission en 1867 de médecin de la première section des aliénés ou section Rambuteau, Falret n'a cessé de tirer tout le parti possible des richesses scientifiques de ce vaste établissement hospitalier qui est d'autant plus utile à l'enseignement qu'il est plus proche de la Faculté de médecine.

Il y créa un enseignement clinique qu'ont suivi des élèves devenus maîtres à leur tour, tels que Billod, Cl. Bernard, Morel, Lasègue, etc.; cette phase clinique de sa vie scientifique fut la période la plus active de son existence; c'est, disait-il, « dans l'étude directe des aliénés que le médecin aliéniste doit rechercher les fondements de sa science spéciale », et, ouvrant largement son service à ses élèves, il les encourageait à recueillir des observations que l'on débattait et discutait en commun avec lui. Il en résultait une activité d'esprit dont ses élèves ont gardé le vivant souvenir.

Insistant sur ce que tout médecin peut être appelé à traiter des aliénés et à décider médicalement les graves questions relatives au droit civil et criminel qui concerne les aliénés, il considérait que, le médecin non spécialiste devait être à même de reconnaître dès le début une maladie mentale, parce que, le premier, il est en position d'assister aux premières manifestations du mal et d'informer les familles des conséquences, si souvent fâcheuses pour elles, de l'évolution de la folie.

Falret a souvent développé cette nécessité de l'enseignement des maladies mentales à donner à tout médecin et il a prouvé que les craintes conçues par les adversaires des cliniques, relativement à la présence des visi-

teurs dans les services d'aliénés, étaient sans fondement, le médecin professeur pouvant toujours détourner les excitations passagères et les faire servir au profit des malades et à l'instruction des élèves.

Falret amenait en outre ses contradicteurs à admettre que les aliénés sont moins défavorablement influencés par les divers faits qui composent une clinique qu'on ne le supposerait au premier abord, et il s'étendait longuement sur les caractères propres à chaque variété de folie pour rendre indiscutable cette vérité.

Falret donnait au plus haut point à ses élèves et auditeurs l'exemple du respect que le médecin et le personnel administratif doivent à l'aliéné, à ce triste déshérité de la raison ; il ne se permettait aucune marque d'ironie et de moquerie, et il se montrait plein d'égards pour eux et de déférence pour leur état ; si l'expression de sa physionomie était grave, elle était en même temps doucement suggestive.

C'est dans ses leçons cliniques que Falret a développé ses idées sur la non-existence de la monomanie, sur la folie circulaire et sur l'importance des recherches anatomo-pathologiques chez les aliénés.

« Nous croyons fermement, a-t-il dit, que dans tous les cas, on rencontre dans le cerveau des aliénés ou dans ses membranes des lésions appréciables permettant de se rendre compte des troubles des facultés intellectuelles et affectives dans la folie. »

C'est le souvenir de ces importants travaux et de cet enseignement profitable à tant d'élèves qui nous réunit aujourd'hui autour de ce buste, témoignage de nos sentiments respectueux pour la mémoire de J.-P. Falret. (*Applaudissements.*)

MESSIEURS,

Le maître M. Baillarger, que nous honorons aujourd'hui, a conquis principalement sa fortune scientifique par les leçons cliniques qu'il a faites à la Salpêtrière sur les maladies mentales, de 1849 à 1869.

Il a eu le grand mérite d'inaugurer cet enseignement malgré la mauvaise volonté et la résistance en ce temps-là de la plupart des administrateurs et de beaucoup de médecins influents.

C'est dans cet enseignement clinique, continué pendant vingt ans et suivi assidûment par des élèves tels que Bédard, Gratiolet, Vulpian, Broca, Charcot, Potain, Dureau, Peisse, A. Maury, l'abbé Duquesnel, H. Taine, Ribot, que Baillarger a décrit de main de maître la paralysie générale des aliénés et le délire hypochondriaque des paralyvés généraux. Les observations sur lesquelles il a fondé ses recherches démontrent les études assidues et considérables auxquelles il a dû se livrer.

A l'hôpital, Baillarger était un travailleur ayant le feu sacré. Il a consacré une bonne partie de ses leçons à la description de la folie à double forme; il présentait à ses auditeurs une malade atteinte de cette variété de folie, qui, transférée dans mon service, y a encore vécu douze ans, sans que le type décrit par notre maître ait été le moins altéré.

C'est vous dire, Messieurs, à quel point les descriptions que présentait Baillarger à ses élèves étaient nettes et son enseignement vrai. C'est encore à la Salpêtrière que Baillarger a fait ses études sur la structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau.

Il a démontré que cette couche est composée de six zones superposées, alternativement grises et blanches et qu'elle existait avec ses éléments dès le cinquième mois de la vie fœtale.

L'histologie a confirmé ces travaux originaux.

Baillarger a fait ici ses études sur les rapports de la surface du cerveau avec le développement de l'intelligence, sur l'ossification prématurée des os du crâne chez les microcéphales, sur l'importance de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, sur la physiologie pathologique des hallucinations et leurs différentes formes psychiques et psycho-sensorielles, et sur l'automatisme du cerveau.

Baillarger a élucidé un point obscur jusque-là de la pathologie mentale, l'étude de la stupidité que l'on avait crue jusqu'alors liée à la suspension de l'intelligence et qu'il nous montrait, au contraire, caractérisée par un délire très actif et par des hallucinations capables de provoquer des actes dangereux; le nom de mélancolie avec stupeur qu'il donnait à cet état dans ses leçons lui est resté.

Les leçons de Baillarger étaient très intéressantes par la vie qu'il avait le talent de leur donner ; il faisait venir les malades dans la salle du cours, il les interrogeait, il les amenait à raconter leurs idées délirantes, il en tirait des considérations pratiques, et il établissait le diagnostic, le pronostic et le traitement ; tout cela exposé clairement et magistralement.

Baillarger a appris, on peut le dire, à nous tous les maladies mentales par une méthode précise fondée sur la clinique et l'anatomie pathologique associées.

Baillarger nous communiquait le désir d'apprendre et la volonté de pénétrer les mystères des lésions de l'intelligence.

Il n'enseignait que ce dont il était sûr, c'était là sa force et c'est son droit à l'immortalité. (*Applaudissements.*)

M. Christian, président de la Société de médecine de Paris, a apporté, au nom des membres de cette Société, un juste tribut d'hommages à Baillarger, un de leurs doyens. Dans une allocution très simple, mais d'un grand effet, il a su dire tout ce que la vie médicale de cet homme si distingué avait eu de mérites. Cet éloge, qui s'adressait surtout à un confrère éminent, qui faisait ressortir la dignité avec laquelle il a rempli sa tâche, a été hautement apprécié.

Discours de M. CHRISTIAN, au nom de la Société de médecine de Paris.

MESSIEURS,

La Société de médecine de Paris ne pouvait manquer de prendre sa part de la fête de famille qui nous réunit aujourd'hui ; elle se sent fière des honneurs si mérités qui sont rendus à l'un de ses membres les plus éminents. Elle se rappelle, non sans orgueil, qu'elle a compté parmi ses anciens présidents les aliénistes les plus illustres, depuis Esquirol et Marc, jusqu'à Baillarger, Brierre de Boismont, Delasiauve.

Avant la fondation de la Société médico-psycholo-

gique, c'est à elle que ces maîtres venaient soumettre leurs travaux, et nos archives se sont enrichies de documents précieux.

M. Baillarger a fait partie de notre Société depuis 1842; il l'a présidée en 1858. Pendant de longues années, il a été un de ses membres les plus actifs et les plus laborieux, et, quoiqu'il appartint à d'autres corps savants, où la pathologie mentale trouvait un milieu mieux approprié, il lui est toujours resté fidèle.

Même quand l'âge est venu, et qu'il a cessé d'assister à nos séances, il n'a pas voulu se réfugier dans l'honorariat. Il a tenu expressément à figurer parmi nos membres titulaires, et je sais, pour le lui avoir entendu exprimer souvent, tout l'intérêt qu'il portait à notre vieille Société.

M. Baillarger nous a appartenu pendant près d'un demi-siècle; nous nous réjouissions de fêter son cinquantenaire. Cette joie nous a été refusée, et nous ne pouvons plus que lui apporter ici l'hommage de notre respectueux souvenir.

À la Société de médecine, le rôle de M. Baillarger a été ce qu'il a été partout : « Il avait, comme l'a dit un de ses biographes (1), la passion de l'observation clinique, et il savait observer. »

Les faits qu'il ne se lassait pas de recueillir, il venait les soumettre à ses collègues, provoquant leur critique, ne quittant un sujet que lorsqu'il l'avait étudié sous toutes ses faces, cherchant tous les arguments propres à porter chez ses contradicteurs la conviction qui l'animait lui-même.

Je ne saurais énumérer tous les mémoires que M. Baillarger a lus à la Société de médecine; mais je n'étonnerai aucun de ceux qui l'ont connu, en disant que là, comme partout, la paralysie générale était son thème de prédilection. La paralysie générale, c'est l'œuvre à laquelle, pendant soixante ans, il n'a cessé de travailler. Jusqu'à la dernière heure de sa vie, il en a fait l'objet de ses méditations; il ne se lassait pas d'en discuter les détails; c'était le problème de tous les jours, de toutes les heures; et il aurait pu répondre, lui

(1) Ritti, *Eloge de Baillarger. Ann. méd.-psychol.*, 1892.

aussi, que si, dans ce domaine si peu exploré avant lui, il avait fait de grandes et belles découvertes, c'est « parce qu'il y pensait sans cesse ».

L'œuvre de M. Baillarger a été grande et belle. Après les orateurs qui m'ont précédé, je ne pourrais que répéter ce qu'ils ont dit, et en moins bons termes, si je voulais retracer une fois de plus les étapes de cette vie si bien remplie. Je pourrais appliquer à M. Baillarger ce qu'il a dit lui-même d'Esquirol. « S'il a concouru aux progrès de la science par ses propres travaux, il l'a encore servie par l'activité féconde qu'il savait entretenir parmi ses élèves (1). »

Lui aussi, a côté de ses travaux personnels, a été un initiateur; son enseignement, dont ces vieux murs de la Salpêtrière ont conservé l'écho, a formé de nombreux élèves.

Son image, placée en face de celle de Falret, qui fut son émule, à l'entrée de cette voie sacrée où Charcot voulait faire revivre tous ceux qui, à des titres divers, ont illustré la Salpêtrière, rappellera aux jeunes générations tout un passé de labeur et de glorieux efforts.

Puisse-t-elle leur dire que Baillarger laisse derrière lui mieux encore que ses travaux scientifiques; il nous a légué des œuvres fécondes, en pleine prospérité, auxquelles, dès le premier jour, il avait su imprimer un cachet d'indestructible vitalité : nous n'avons qu'à récolter là où il a semé.

Les hommes comme M. Baillarger sont l'honneur des Sociétés dont ils font partie : ils sont pour eux un noble exemple.

En venant aujourd'hui saluer ce buste qui fait revivre les traits d'un maître aimé et respecté, la Société de médecine acquitte une dette de reconnaissance. Elle rend hommage à un collègue, un ancien Président, dont le nom, depuis longtemps, est inscrit dans son livre d'or, et dont elle gardera précieusement la mémoire. (*Applaudissements.*)

An nom des élèves de Falret et de Baillarger,

(1) Inauguration de la statue d'Esquirol, 1862.

MM. Motet et Bouchereau ont parlé à leur tour. Leurs discours ont eu ce caractère particulièrement touchant, d'être avant tout l'expression de leur sincère reconnaissance pour deux maîtres, dont la bienveillance est restée, pour eux, active jusqu'à leur dernier jour. On sentait, et l'assemblée tout entière l'a bien fait voir, que le cœur avait inspiré les paroles prononcées ; il a suffi que ces deux élèves, hélas ! plus que des vétérans aujourd'hui, montrassent qu'ils n'avaient eu qu'à se souvenir, pour que, parmi tous les *anciens* qui se trouvaient là, un écho sympathique répondit à la manifestation de leur inaltérable affection.

Discours de M. MOTET, au nom des élèves de J.-P. Falret.

MESSIEURS,

Après les hommages rendus au nom de l'Académie de médecine, de la Société médico-psychologique, de la Société de médecine de Paris, à ces deux hommes qui ont si grandement honoré la médecine mentale, et qui ont si bien mérité les témoignages publics de notre respectueuse reconnaissance, il semblerait qu'il n'y eût plus rien à ajouter à ce qui a été si bien dit.

Cependant permettez, messieurs, qu'une voix s'élève encore, et que je vienne, non plus au nom de Sociétés savantes célébrant l'un des leurs, mais à un titre plus modeste, apporter ici l'expression de sentiments toujours aussi jeunes, aussi vivaces, qu'à l'heure, hélas ! déjà trop lointaine, où je fus l'élève de Falret. C'est au nom de ses élèves que je veux saluer le maître, si bon, si généreux, qui m'honora de sa paternelle affection.

La satisfaction profonde avec laquelle je remplis ce devoir de cœur ne saurait vous surprendre, ma reconnaissance y trouve son compte, et j'éprouve comme une sorte de joie enivrante à évoquer le souvenir des années de ma jeunesse passées dans cette grande et hospitalière maison. Le temps semble l'avoir à peine effleurée de son aile ; j'y revois, j'y retrouve les mêmes hôtes, les mêmes jardins ; et dans ce rêve d'autan qui me berce et

me rajeunit, j'ai pour entretenir mon illusion heureuse,
les traits de celui près duquel j'ai vécu !

Lorsque nous vieillissons, tout lointain souvenir
Nous est fidèle encore en dépit des années :
Les fleurs de notre avril en vain se sont fanées,
Leurs images en nous ne se peuvent ternir (1).

Et voilà comment je vous revois tous, eu ce moment, chers disparus, Claude Bernard, Morel, Bilod, Lasègue ! vous les plus brillants élèves du maître que nous fêtons aujourd'hui ! Redire vos noms, c'est ceindre d'une auréole de gloire cette tête où respire l'intelligence et la bonté. C'est auprès de Falret que vous avez commencé les études que vous deviez pousser si loin : c'est la meilleure manière d'honorer sa mémoire que de dire ici : « C'est à lui que vous, dont nous sommes si fiers, vous avez dû vos triomphes. » Et moi qui vous ai connus, j'ajoute : « Vous le saviez si bien que vous avez entouré d'une filiale affection celui qui avait été pour vous l'initiateur ! Vous n'êtes plus là, mais moi qui reste l'un des derniers, je vous évoque, je vous rassemble. Laissez-moi me placer à vos côtés, élevons encore une fois vers lui nos mains et nos cœurs ! » (*Applaudissements.*)

Falret fut un merveilleux éducateur : auprès de Pinel et d'Esquirol, il avait appris à connaître les aliénés ; il garda de l'un, le dévouement à ces pauvres déshérités « du grand bien de l'intellect » ; de l'autre, la finesse d'observation. Mais son esprit était trop original pour se résigner à suivre des sentiers déjà battus, il chercha sa voie, il ne fut pas longtemps à la trouver. Rien n'est plus curieux, ni plus intéressant que l'histoire écrite par lui-même de son évolution scientifique. Un jour, il la résuma dans une de ces leçons magistrales où il disait à ses élèves :

« Pour observer utilement les aliénés, il ne suffit pas de noter les paroles bizarres et extraordinaires qu'ils prononcent, les actes excentriques et désordonnés auxquels ils se livrent, mais il faut aussi apprécier et analyser avec soin l'état psychique intérieur qui donne

(1) M. Sully Prudhomme.

naissance à ces paroles et à ces actes. Nous aurons atteint notre but si nous avons prouvé qu'on ne doit pas seulement faire l'histoire des idées délirantes, mais celle des individus délirants; qu'il ne faut pas se borner à considérer les résultats du travail morbide de l'intelligence, qu'il faut étudier ce travail lui-même; qu'on ne doit pas se contenter de noter les idées et les actes produits, mais qu'il importe beaucoup de rechercher leur génération, leur filiation, leur ordre de succession, leurs rapports mutuels, qu'il faut, en un mot, arriver à connaître la maladie dans son ensemble, et non dans quelques-uns de ses aspects, dans son fond et non dans l'un de ses reliefs. »

J'ai voulu citer cette page, parce qu'elle est la synthèse des procédés cliniques de Falret. Cette méthode a permis à son esprit généralisateur d'arriver à des résultats dont nous profitons encore aujourd'hui. Elle avait surtout ce rare avantage, si bien mis en lumière par Lasègue, ce maître incomparable, lui aussi, c'était de faire naître dans l'esprit de l'élève le goût des recherches, de solliciter à la fois sa curiosité et l'effort de son jugement, de permettre enfin une initiative personnelle, laissant à chacun toute son indépendance. Falret aimait à s'entretenir familièrement avec les jeunes gens qui suivaient ses cliniques; il discutait avec eux, et souvent, d'un mot profond et juste, il redressait les erreurs, donnait des conseils, et jamais il n'était plus heureux que quand il sentait qu'on l'avait compris. C'était surtout au lit du malade qu'il recherchait la controverse; chacun avait le droit d'exposer ses opinions personnelles; d'une grande bonté, Falret avait aussi l'inépuisable indulgence des esprits supérieurs; si sa critique était parfois un peu vive, elle n'était jamais sévère, elle était tempérée par la plus fine bonhomie. Aussi, tous ceux qui l'ont approché, tous ceux dont l'esprit s'est ouvert à côté de lui, ont-ils conservé le culte respectueux de sa mémoire.

Nous, ses élèves, nous n'étions pas les seuls à l'aimer; il y avait dans ce grand service de Rambuteau, un quartier où il prolongeait volontiers sa visite, c'était l'atelier. A de certains jours toutes ces pauvres femmes étaient heureuses de l'accueillir avec des témoignages

d'une affection sincère. Au jour de sa fête, au jour où il allait prendre quelques semaines d'un repos bien gagné, il régnait dans la section une animation extraordinaire ; on avait préparé des fleurs, appris un compliment. On le saluait comme un chef de famille, et, en son honneur, on chantait les strophes de l'ode *A mon village*, œuvre de la jeunesse de Falret, il écoutait radieux, ému :

Echos lointains de la terre natale
 Qui soupirez mes rêves de bonheur,
 Vous seuls charmez une absence fatale,
 Vous seuls parlez un langage à mon cœur.
 Autour de moi, comme un brillant mirage,
 Vous évoquez des souvenirs bénis.
 Oh ! bien souvent parlez-moi du village,
 Toute mon âme est encore au pays !

Rien, messieurs, n'était plus touchant que le spectacle de cet homme de bien au milieu de ses malades, à l'infortune desquelles il compatissait avec un si grand cœur.

« Toute mon âme est encore au pays ! », disait-il, c'est là-bas qu'il repose. Mais son souvenir est ici ! A nous, qui l'avons pieusement gardé, vous avez voulu, mon cher Falret, donner une satisfaction suprême. En élevant ce monument à la mémoire de votre père vénéré, vous n'avez pas seulement répondu aux sentiments de votre amour filial, vous avez pensé aussi à notre respectueuse affection. Vous avez eu l'heureuse fortune de rencontrer un artiste d'un grand talent, qui pouvait dire : « Je fermerai les yeux, je retrouverai mon modèle dans mon cœur, » et vous nous donnez, fidèlement fixés par un habile ciseau conduit par une main amie, des traits que nous aimons à revoir encore, qui nous rappellent notre cher passé ! Vous y tenez vous-même une place si grande, qu'il nous est bien permis, aujourd'hui, de dire très haut que nous vous associons dans un élan de cordiale reconnaissance, à l'hommage que reçoit de nous, le savant, l'homme de bien, dont nous sommes fiers d'avoir reçu les leçons. (*Applaudissements.*)

*Discours de M. BOUCHEREAU, au nom des élèves
de Baillarger.*

MESDAMES, MONSIEUR LE PRÉFET, MESSIEURS,

Les hommages que la mémoire de M. Baillarger a déjà reçus et ceux que lui décernent en ce jour tous nos confrères, empressés et émus, témoignent que son nom occupera une place considérable dans l'histoire de notre science. On vient de rappeler devant vous les travaux du savant et les services du médecin dans des discours éloquents; à moi revient la mission si douce de parler du maître au nom des disciples qu'il a formés, dirigés et soutenus. Si mon éloge n'est pas à la hauteur de mon admiration, vous m'excuserez; car notre reconnaissance à tous est profonde, et personne n'a ressenti plus vivement que moi les regrets que sa mort a causés au milieu de nous. Parmi ses élèves plusieurs sont arrivés à la célébrité et occupent de hautes positions; tous, n'importe la situation où la fortune les a placés, tiennent à affirmer comme ils conservent au fond du cœur le souvenir affectueux du maître aujourd'hui descendu dans la tombe. On m'a choisi comme interprète des sentiments de reconnaissance que tous nous éprouvons, parce que je suis un de ceux qui l'ont le plus connu, l'ayant fréquenté durant trente années.

La vie de M. Baillarger peut aussi bien que son enseignement servir d'exemple à ceux qui se proposeraient de suivre la voie qu'il a si brillamment parcourue. Ses débuts ont été difficiles; grâce à son travail, à sa ténacité, à son intelligence, il a surmonté tous les obstacles qu'il a rencontrés sur sa route; or sa santé a été longtemps assez délicate; un moment il fut sur le point d'abandonner Paris, mais heureusement, il s'est décidé à repousser les propositions avantageuses qui lui étaient adressées et il est resté dans ce milieu où ses facultés puissantes devaient se développer le plus largement.

Rappeler ses cours de la Salpêtrière, c'est évoquer une époque brillante de sa vie; ses leçons étaient suivies par un auditoire aussi nombreux qu'assidu: jamais on n'a vu M. Baillarger employer des procédés factices pour attirer et retenir autour de sa chaire un public qui

doit demeurer étranger aux questions débattues entre nous. Sa probité scientifique a toujours été entière, on a pu en juger par la respectueuse considération que lui ont témoignée des confrères éminents, des collègues renommés qui, comme lui, ont illustré la Salpêtrière.

M. Baillarger se trouvait naturellement désigné pour inaugurer à Sainte-Anne l'enseignement de la médecine mentale. Des ouvertures lui avaient été faites; il les avait accueillies avec satisfaction, puis brusquement cet honneur attendu, mérité, lui a échappé; il a pu en être étonné, il ne s'en est pas montré abattu.

Il faut avoir vu Baillarger dans l'exercice de ses fonctions hospitalières pour avoir apprécié la sensibilité, la délicatesse de ses sentiments à l'égard des aliénés; d'autres comme nous en porteraient témoignage.

Baillarger aurait pu continuer longtemps à donner des soins à nos malades avec la ponctualité qui chez lui était une habitude professionnelle, car ses forces n'étaient pas aussi affaiblies qu'il le supposait; mais, comme il avait fixé la date de son départ, il a tenu sa parole, montrant, dans cette circonstance comme dans bien d'autres, la fermeté de ses résolutions: ce scrupule peint l'homme.

En 1849, lors de cette terrible épidémie, qui a décimé la Salpêtrière, il y eut dans l'établissement comme un moment de stupeur; Baillarger ne s'est pas contenté de remplir strictement son devoir, il a délibérément, sans forfanterie, exposé sa femme, ses enfants à la contagion du fléau comme pour raffermir les courages ébranlés. Ne l'oublions pas, le personnel, à ce moment, s'est montré dévoué, courageux, pénétré comme toujours de la grandeur de la tâche. Baillarger a été bon, généreux envers l'infortune, il se plaisait à choisir ceux à qui il donnait, leur laissant ignorer le plus souvent de quelle main tombait le bienfait. Beaucoup de nos confrères ont été assistés par lui sans le savoir; c'est à leur intention qu'il a fondé l'Association des médecins aliénistes: cette œuvre seule suffirait à faire aimer son nom.

Bien que très réservé dans son attitude, Baillarger trouvait plaisir à réunir autour de lui des confrères, des élèves de tout âge, et à causer avec eux jusqu'à l'approche de la mort des questions qui avaient été l'objet

principal des préoccupations de sa vie. Quel charme dans ces entretiens familiers !

Baillarger a connu toutes les satisfactions que donne la famille à celui qui réussit à la fonder : il a vu s'élever autour de lui plusieurs générations d'enfants. Grâce à sa distinction, à son éducation, à son esprit, à toutes les vertus, M^{me} Baillarger a en sa part dans les succès de son mari, elle lui a donné en toute circonstance le concours le plus précieux.

Baillarger a été un grand médecin : par l'élévation de son caractère, la dignité de sa vie, la sincérité de ses convictions, son amour de la vérité, il est devenu un maître dont nous ses élèves, nous sommes fiers, et le buste dressé en cette solennité demeurera comme le témoignage sincère de notre reconnaissance unanime. (*Applaudissements.*)

Puis M. le Préfet de la Seine s'est levé. Dans une improvisation qui nous a tous tenus sous le charme, M. Ponbelle, résumant, avec autant de clarté que de justice, ce qu'il venait d'entendre, a rendu à Falret et à Baillarger un hommage qu'ils méritaient bien, mais dont la valeur se doublait par l'autorité de celui qui disait hautement son admiration pour de tels hommes.

M. Ponbelle a insisté sur les services rendus à tant de générations médicales par un enseignement qui suppléait l'enseignement officiel. Aujourd'hui, nous ne nous étonnons plus que des cliniques soient ouvertes à l'asile Sainte-Anne, que des conférences soient instituées à la Salpêtrière ; qu'on se reporte à vingt années en arrière, et l'on retrouvera la trace de luttes ardentes contre l'autorité administrative qui ne voulait pas permettre aux étudiants en médecine le facile accès dans les asiles d'aliénés. Il y eut toute une période où le silence fut imposé, et l'on comprendra notre joie, à nous qui avons pris part à la lutte, quand nous avons entendu dire, dans un langage élevé, que nos maîtres avaient bien servi la science et leur pays.

M. Poubelle n'a pas été moins juste quand, administrateur éminent, il a parlé des œuvres d'assistance fondées par Falret et par Baillarger. L'asile de convalescence et de patronage pour les aliénés a été qualifié par lui « d'institution salulaire » qui mériterait d'être plus et mieux connue ; les paroles de M. le Préfet de la Seine auront, il faut l'espérer, un retentissement utile. Pour le moment, ce qui nous a surtout réconforté, c'est d'entendre dire que la Salpêtrière a été l'école où se sont formés les nombreux médecins que, en 1838, après la promulgation de la loi bienfaisante qui organisait la protection des aliénés, on a été heureux de trouver pour diriger les établissements qu'il fallut alors créer dans toutes les parties de la France.

Discours de M. POUBELLE, préfet de la Seine.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS,

Je vous remercie d'avoir bien voulu m'appeler à présider cette fête si intéressante et si touchante à la fois, dans laquelle nous avons la satisfaction d'entendre louer par leurs héritiers et par leurs émules, par leurs élèves et par leurs amis, deux hommes éminents qui semblent revivre dans les continuateurs qu'ils ont formés.

Leurs traits immortalisés par le marbre reflètent les idées élevées et les sentiments généreux qui les ont animés.

Je suis un peu, pour apprécier leurs travaux, dans la position de ces honnêtes malades que nous voyons autour de nous, — à une distance trop lointaine pour qu'ils aient pu percevoir le récit des progrès accomplis à leur profit dans le domaine médical.

Bien qu'un peu plus rapproché — à en juger par le nombre de pavés qui nous séparent (*Rires*) — des maîtres éminents qui viennent de prendre la parole, je ne suis pas beaucoup plus éclairé sur le fond des choses, mais j'ai, comme eux, la confiance tranquille que tout

ce qui s'est fait a eu pour but l'adoucissement de leurs maux. Si vous les voyez garder une attitude aussi convenable et une patience aussi prolongée (que nous nous expliquons à peine), c'est qu'ils sentent qu'on parle d'eux et qu'on travaille dans leur intérêt. (*Applaudissements.*)

Ce qui m'a touché dans les existences que vous venez de retracer avec le sentiment profond des mérites de ceux que vous avez eu tant de plaisir à louer, c'est qu'elles ont toutes deux été consacrées à former des disciples alors qu'aucun enseignement médical officiel n'existait encore en France.

J'ai retenu, en effet, dans la monographie du D^r Ritti (1), qu'en 1877 seulement, une chaire spéciale a été créée à la Faculté de Paris. Il y a donc eu ici, grâce à l'initiative des médecins qui pratiquaient à la Salpêtrière, une préparation au développement considérable de la médecine aliéniste à la suite de la loi bienfaisante qui a organisé la protection des aliénés en 1838. On a été heureux, à ce moment, de trouver les nombreux élèves de Baillarger et de Falret pour diriger les établissements qu'il fallut alors créer dans toutes les parties de la France, et ce bienfait, nous le devons à l'enseignement de la Salpêtrière.

Un des traits les plus attachants de cette soleunité est de rencontrer ici les descendants des hommes éminents que nous avons entendu louer.

Les héritiers de Falret, de Voisin, sont au milieu de nous et nous savons qu'ils ne sont pas indignes du nom et du talent de leurs pères.

Quels souvenirs, Messieurs, ceux-ci ne nous ont-ils pas légués ! Je n'ai qu'à rappeler les institutions fécondes qu'ils ont créées : l'un, les *Annales médico-psychologiques* et cette société d'assistance toute spéciale, destinée non pas aux malades, mais aux médecins et à leurs familles ; l'autre, une association très utile de patronage pour les aliénés convalescents.

Ces salutaires institutions auraient besoin d'être mieux recommandées ; je suis persuadé que si on les

(1) Ritti. *Éloge de Baillarger*, Paris, 1892, p. 25.

favorisait d'un peu de publicité, les dons leur arriveraient de toutes parts. On ne sait pas assez quelles sont les formes différentes que l'assistance peut revêtir. Beaucoup de cœurs généreux ignorent de quel côté ils doivent diriger leurs libéralités. A défaut du scandale du jour, la presse pourrait signaler parfois le bien qui se fait obscurément. La bienfaisance est toujours d'actualité. (*Vifs applaudissements.*)

Messieurs, cette vaste maison recèle bien des misères, mais, en même temps, que de trésors de la science et de dévouement elle abrite ! C'est une grande joie, en particulier pour le préfet de la Seine, représentant du Gouvernement, de constater qu'aux fatalités de la démence s'oppose perpétuellement ici la résistance de l'activité intelligente et libre.

C'est bien dans une ville comme Paris, où les passions plus excitées, la lutte pour la vie plus ardente, le tumulte et le choc des idées plus confus et plus violent, sont de nature à produire ces ébranlements prolongés qui font chanceler la raison, c'est bien ici que devait se trouver le foyer le plus actif et le plus lamineux de l'étude des maladies mentales.

Pinel et Esquirol ont accompli une révolution bienfaisante en démontrant que l'aliéné est un malade et qu'il faut traiter avec respect et donc avec les malheureux qui sont frappés de cette déplorable affection.

Ils ont brisé les fers des aliénés ! Peut-être pourrions-nous, à notre tour, faire davantage.

Il n'est pas défendu d'espérer que nous aurons la possibilité de soustraire de nombreux aliénés à la réclusion perpétuelle, même la plus bienveillante, pour les placer dans des familles véritables, comme nous le faisons pour les enfants assistés.

Dans beaucoup de ménages, la somme de 15 à 20 francs que nous offrons pour la garde et l'entretien de nos enfants est fort appréciée et, si le nouveau-né est quelque peu intéressant, on s'attache à lui, d'abord pour le bien-être qu'il apporte dans la maison et ensuite pour les petits services qu'il rend. Souvent il finit par être véritablement de la famille.

Serait-il impossible d'obtenir les mêmes résultats pour les aliénés ?

Bien que plusieurs d'entre eux se rapprochent de l'enfance par la faiblesse de leur intelligence, il serait excessif de dire qu'ils en ont la grâce et les attraits. (*Rires et applaudissements.*) Néanmoins, en procédant avec discernement, il me semble qu'on pourrait poursuivre heureusement l'application du placement dans les familles rurales, qui rendrait les aliénés inoffensifs à l'existence normale.

Comme l'a si bien remarqué votre honorable secrétaire général, si les médecins aliénistes n'obtiennent pas souvent des résultats durables, c'est que leurs malades n'ont pas, pendant leur convalescence, tous les soins réclamés par leur état. Les causes d'ébranlement moral étant moins faciles à écarter que les causes physiques qui déterminent les maladies ordinaires, on prend moins de soin de les éloigner des aliénés convalescents avec lesquels on partage la vie quotidienne.

Il faut avouer que, pour arriver à ce résultat, bien des gens devraient réformer d'abord leur propre tempérament; car, si les aliénés sont des malades dont les organes cérébraux ont été plus ou moins atteints, il ne manque pas, par le monde, de gens qui ont naturellement l'esprit mal équilibré ou l'humeur la plus détestable. (*Rires et applaudissements.*) Aussi les aliénés sont-ils, en général, dans de mauvaises conditions pour consolider leur guérison lorsqu'ils sont replacés dans leur ancien milieu.

C'est de ce côté, Messieurs, qu'il faut porter nos efforts et chercher les moyens de compléter l'œuvre que vous commencez ici. Déjà le Conseil général de la Seine a entrepris cette bienfaisante innovation.

Je serais heureux, pour cette intéressante entreprise, de m'éclairer de votre expérience et de vos conseils et vous êtes assurés de trouver toujours chez le préfet de la Seine le concours le plus sympathique. (*Applaudissements prolongés.*)

Nous devons aux deux éminents statuaires, M. Ludovic Durand, pour le buste de Falret, M. Malherbe, pour le buste de Baillarger, nos plus sincères remerciements. Une large part dans l'expression de notre recon-

naissance revient à M. le Dr Vallon qui, secrétaire du Comité, a conduit à si bonne fin une œuvre toujours délicate et difficile. Le succès de cette fête qui était presque une fête de famille lui revient tout entier ; il a droit d'être fier de son œuvre. Nous lui adressons nos plus cordiales, nos plus vives félicitations.

A. M.

Chronique

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, à Clermont-Ferrand.

« 1894. Réunion à Clermont-Ferrand. Le D^r Hospital est chargé de l'organisation du Congrès qui sera présidé par le professeur Pierret. » Telle était la résolution votée à La Rochelle au moment de la clôture de la quatrième session de nos congrès annuels. La note particulière de la réunion de 1894 était l'adjonction officielle des neurologistes à nos travaux, et l'extension ainsi donnée au programme a sensiblement augmenté la valeur scientifique du congrès. Quelques-uns de nos collègues avaient exprimé la crainte de voir les questions de neurologie prendre une part prédominante au détriment des questions intéressant plus spécialement les médecins aliénistes qui peuvent avoir à examiner non seulement des points scientifiques discutés, mais aussi tout ce qui touche à la vie des aliénés dans les asiles et même aux intérêts professionnels. Si nous en jugeons par le Congrès de Clermont, cette crainte n'est pas fondée. Les discussions ont été brillantes et pleines d'intérêt. Les neurologistes ont participé de bonne grâce aux visites organisées dans les asiles de Clermont et de la Cellette, ont pris part à la discussion sur les mesures à prendre à l'égard des alcooliques et ont voté avec nous deux vœux, l'un pour la protection du mobilier et des objets de travail des aliénés admis comme indigents dans les asiles,

l'autre sur les retraites des médecins des asiles. En somme, les maladies nerveuses et l'aliénation mentale ont trop de points de contact pour qu'on cherche à établir une barrière entre ceux qui s'occupent plus particulièrement de l'une ou de l'autre branche des affections du système nerveux, et c'est le cas de répéter : l'union fait la force. Mais ce sont là des considérations générales; revenons à Clermont.

La plupart des habitués de nos congrès annuels ont été fidèles au rendez-vous qu'on s'était donné l'année dernière. Mais nous avons eu à regretter encore l'abstention d'un trop grand nombre de médecins d'asiles. Quelques collègues m'ont reproché d'avoir, l'année dernière, qualifié d'une manière peu courtoise cette abstention à nos congrès annuels et je ne veux pas cette année encourir le même reproche. Ce que je persiste à soutenir, c'est que les abstentionnistes ne se rendent pas suffisamment compte de l'intérêt de nos réunions annuelles, tant au point de vue scientifique, qu'au point de vue professionnel. Il est mauvais pour nous de rester isolés les uns des autres. Il est bon de nous voir pour échanger des idées, pour profiter de l'expérience des uns et des autres, pour nous rendre compte des progrès réalisés. Il est bon de nous montrer unis pour combattre les préjugés que dans le public on conserve contre nous, et si les circonstances ne permettent pas de prendre part à la réunion, ce serait du moins faire acte de bonne camaraderie de donner toujours son adhésion au Congrès. Notre excellent confrère Hospital ne m'en voudra pas si je reste fidèle chroniqueur et si je révèle que l'organisation prévue par lui a donné lieu à quelques critiques, surtout si j'ajoute que tout s'est bien vite arrangé pour le mieux. Ceux qui ont rempli les fonctions de secrétaire général d'un congrès savent combien sont multiples les détails d'organisation; or notre ami Hospital, n'ayant pas sous la

main un personnel d'employés de bureau pour le seconder dans la partie matérielle de son travail, s'est trouvé débordé au dernier moment. Nous sommes arrivés à Clermont sans avoir reçu les rapports imprimés sur les questions à l'ordre du jour et même sans avoir le programme des séances. Ce programme n'a été distribué que la veille au soir dans les hôtels où des logements avaient été retenus pour les congressistes. Une autre surprise nous attendait. Le congrès avait été annoncé du 6 au 11 août; le programme qui nous était remis, quelques heures avant l'ouverture, comportait un ordre du jour s'étendant du 6 au 15 août inclus, soit dix jours au lieu de six. Notre confrère Hospital était bien aimable de vouloir nous retenir si longtemps; mais ne se faisait-il pas illusion en pensant que les travaux annoncés pouvaient remplir un aussi grand nombre de séances, et nul d'entre nous n'avait prévu un tel séjour à Clermont. C'était là le sujet des conversations en arrivant à l'Hôtel de Ville, siège du Congrès, le 6 août à huit heures du matin, heure fixée pour l'ouverture de la première séance.

Le congrès a été ouvert par M. Bardon, préfet du Puy-de-Dôme, assisté de M. Lécunellé, maire de Clermont. Discours de bienvenue du préfet; installation du professeur Pierret comme président, allocution du maire, allocution du président, allocution du Dr Hospital chargé des fonctions de secrétaire général. MM. Bardon, Lécunellé, Monod, Bouchard, Falret, Ladame, sont nommés présidents d'honneur. Le bureau est complété par la désignation de MM. Charpentier et Ritti comme vice-présidents, de MM. Devay et Klippel comme secrétaires des séances. Ici deux incidents se produisent. Quelques membres demandent que le programme préparé par M. le Dr Hospital soit remanié. Cette motion est appuyée, et, séance tenante, on adopte un nouvel

ordre du jour ramenant la durée du congrès aux prévisions primitives du 6 au 11 août. On est prêt à aborder la première question : Rapports de l'hystérie et de la folie. Mais le rapporteur M. Gilbert Ballet fait observer que les rapports imprimés viennent d'être distribués en séance, et qu'on ne peut pas discuter un travail qui n'a pas été lu; il demande le renvoi à une séance ultérieure. On fait droit à cette demande en ajournant la discussion à la séance de l'après-midi. On entend deux courts mémoires: l'un de M. Verrier sur l'influence de l'hydrothérapie dans les maladies nerveuses, l'autre de M. Auguste Voisin sur l'altération des cellules cérébrales dans l'aliénation mentale et les affections similaires et la séance est levée; mais le congrès est définitivement organisé et les travaux vont désormais suivre leur marche normale.

Comme les années précédentes, le Congrès comportait une partie scientifique proprement dite et des excursions.

Pour procéder avec méthode, je rendrai compte d'abord de la partie scientifique.

La première question était, comme je l'ai dit : Rapports de l'hystérie et de la folie. M. Gilbert Ballet a fait un brillant exposé du sujet. La thèse qu'il a soutenue est celle-ci : Il y a vingt-cinq ans les certificats portant le diagnostic folie hystérique étaient fréquents dans les asiles. Dans les services d'hôpitaux on voyait rarement l'hystérie. C'est l'inverse aujourd'hui. Les malades ont-ils changé? Non. On voyait autrefois ce qui n'existait pas, et on méconnaissait ce qui existe. Il y a dans l'hystérie une étiologie multiple, une symptomatologie multiple aussi et une physiologie pathologique. Il n'y a pas de trouble mental spécial à l'hystérie, mais le trouble fondamental consiste dans les idées subconscientes. On peut, pour déterminer les idées conscientes

et les idées inconscientes, représenter ces idées dans un schéma comprenant deux cercles concentriques. Charcot avait, dans l'hystérie, attiré l'attention sur le rétrécissement du champ visuel, or il y a aussi rétrécissement des idées conscientes. L'hystérique sent comme les autres personnes, mais souvent d'une manière inconsciente.

L'hystérie est fréquemment une maladie d'hérédité, et rien n'est commun comme de voir l'hystérie se développer sur un fond de dégénérescence, et alors on a attribué à l'hystérie tout ce qu'on voit dans la folie normale. On observe dans l'hystérie de la suggestibilité, une émotivité spéciale et surtout des amnésies qu'on a souvent méconnues, et qui ont fait accuser à tort les hystériques d'être des simulateurs. On rencontre chez les hystériques, l'aboulie, des impulsions variées, impulsion au vol, tendance au suicide (les tentatives de suicide ne sont pas aussi souvent simulées qu'on le croit). Les impulsions chez l'hystérique dépendent fréquemment de l'occasion, et il est difficile de faire la part de la dégénérescence et de l'hystérie.

Quant au délire de l'attaque, le type est-il régulier? Il y a l'attaque complète et il y a des formes frustes; tel est le somnambulisme qui est caractérisé par la prédominance des phénomènes subconscients, phénomènes que l'on peut provoquer par suggestion. Il y a aussi les folies associées à l'hystérie, et on peut dire qu'il n'est pas une seule des formes de la folie qui ne puisse s'associer à l'hystérie.

M. Gilbert Ballet a terminé son exposé en résumant les points litigieux en neuf questions :

1° L'hystérie est-elle une maladie exclusivement mentale? Définition psychologique de l'hystérie. Rôle du rétrécissement de la conscience dans la genèse des phénomènes hystériques.

2° Relations cliniques et psychologiques entre l'hystérie et la dégénérescence mentale.

3° Le caractère et les perversions instinctives des hystériques. Leur criminalité.

4° Les délires hystériques envisagés comme manifestations ou équivalents des attaques.

5° Les idées fixes et les idées subconscientes. Leur rôle dans la pathogénie de certains délires.

6° Y a-t-il une manie hystérique? Caractères cliniques, formes diverses. Relations avec les attaques et les idées subconscientes.

7° La mélancolie, lorsqu'elle se développe chez les hystériques, affecte-t-elle des caractères spéciaux?

8° Y a-t-il une confusion mentale hystérique? Ses caractères, sa durée possible.

9° Les délires associés. Préciser leur importance et leur fréquence. Les distinguer des délires hystériques. Y a-t-il des caractères fixes symptomatiques ou psychologiques permettant, dans tous les cas, de faire cette distinction?

M. Gilbert Ballet, on le voit, ne concluait pas et s'attachait à fixer les points sur lesquels devait porter la discussion.

M. le professeur Joffroy a insisté sur les rapports de l'hystérie et de la dégénérescence mentale. L'hystérie n'est-elle pas un mode de dégénérescence? Le fait prédominant est l'action de l'inconscience sur la conscience et n'est pas spécial à l'hystérie. Mais si l'hystérie est une forme de dégénérescence et peut se confondre avec d'autres formes de folie, il y a lieu de lui conserver une place à part dans les classifications; de même qu'on sépare la maladie de Morvan de la syringomyélie, quoiqu'on puisse rencontrer les lésions de la syringomyélie dans la maladie de Morvan.

M. Charpentier a protesté avec sa verve habituelle

contre la réhabilitation des hystériques qu'on considère trop souvent, à son gré, comme incouscients, et chez qui la simulation est fréquente.

M. le professeur Pitres a communiqué une très intéressante observation de délire hystérique développé, à la suite d'une très vive émotion, chez une femme de trente-sept ans. On s'aperçut que le délire était lié à une sorte d'auto-suggestion par des rêves pénibles, et on put, en suggérant dans l'état hypnotique d'autres rêves, des rêves curateurs, pour employer l'expression de M. Pitres, obtenir la guérison, alors que la suggestion directe était restée sans effet. Une particularité à noter était l'inconscience des rêves à l'état de veille.

M. Régis a soutenu qu'on tombait dans l'exagération en voulant réhabiliter les hystériques. Les instincts pervers sont moins rares qu'on ne le croit, et la simulation n'est pas rare. La perversité morale des hystériques existe. Y a-t-il coexistence de l'hystérie et de la dégénérescence, ou bien l'hystérie est-elle une forme de dégénérescence? Il y a une perversité distincte chez les hystériques, et des hallucinations particulières présentant une analogie avec les intoxications et les délires infectieux. On observe une sorte d'état de rêve ou délire onérique, et l'on peut se demander si le délire hystérique n'est pas un délire toxique.

M. Falret a abordé la question de l'existence de la manie hystérique. Le mot dégénérescence est un terme trop vague qui ne donne pas l'explication des faits. M. Falret ne croit pas qu'on puisse réhabiliter l'hystérique, et il faut conserver le type du caractère hystérique, menteur, simulateur, voleur. Existe-t-il une manie hystérique? Morel a dit oui. Il faut conserver les formes en aliénation mentale, car ce sont des régions connues. Nous connaissons moins bien la manie hystérique que la manie épileptique, mais nous voyons la violence des actes con-

trastant avec la lucidité apparente des paroles, et la persistance de ce délire d'action. Il y a des idées fixes se joignant à cette lucidité apparente. Il faut chercher à préciser davantage. On voit des symptômes isolés de l'hystérie parce que c'est une forme fruste. La maladie est remittente et aboutit à la démence précoce ; la salivation est un symptôme fréquent. Il y a des délires passagers curables ; mais quand le délire dure plusieurs mois dans la manie hystérique, le pronostic est grave. On trouve des antécédents héréditaires, mais on noie aujourd'hui dans la dégénérescence toutes les formes d'aliénation et on devrait les étudier séparément. En résumé, il y a des caractères spéciaux pour la manie hystérique ; et la clinique doit être la véritable base d'étude. M. Vallou s'est prononcé également pour l'existence de la manie hystérique et a rappelé l'opinion de Lasègue qui donnait pour caractère que les mots sont mieux assemblés que dans la manie aiguë. Dans la manie hystérique on sent le comédien.

M. Cullerre a observé dans la manie hystérique un signe sur lequel Renaudin avait appelé l'attention. Il y a, pendant l'accès, des troubles de sensibilité, des anesthésies, et la sensibilité reparait avec la lucidité. Il a constaté la perte de souvenir du vol hystérique.

M. Doutrebente conteste que Morel eût jamais voulu établir une manie hystérique, mais il décrivait des folies névrosiques. M. Doutrebente a dans son service une malade hystérique dont on peut fixer l'attention quand elle est dans une période maniaque, ce qui la distingue des autres maniaques.

M. Mendelsohn a soutenu l'utilité de la psychologie expérimentale dans la clinique psychiatrique. Il a développé la théorie que la folie hystérique pourrait être considérée comme un équivalent psychique des accidents

convulsifs moteurs. Cette théorie a été contestée par M. Auguste Voisin.

La question de la dégénérescence a été reprise dans une réponse de M. Ballet et une réplique de M. Joffroy. M. Brissand a développé l'avis qu'on arrive à n'y plus s'y reconnaître dans la dégénérescence. On attribue à ce mot une prédisposition morbide et une cause étiologique ; ce sont deux facteurs différents. On observe fréquemment dans les accidents de chemin de fer l'hystéro-traumatisme, c'est-à-dire une névrose traumatique qu'on appelle hystérique. Or, on ne trouve pas toujours des antécédents nerveux. M. Brissand cite une observation où on a trouvé des antécédents alcooliques. La prédisposition peut être innée ou acquise, comme dans la tuberculose.

M. Pitres a observé que la plupart des gens qui deviennent hystériques ont dans leur enfance des troubles nerveux, du hoquet, une toux coqueluchoïde, des attaques syncopales, des congestions pulmonaires. Vers onze ans, apparaît l'hystérie infantile. De treize à quinze ans, à la suite d'une émotion parfois très légère, survient l'orage hystérique. Dans d'autres cas, au contraire, il n'y a pas d'hystérie infantile ; mais une grosse émotion, par exemple un grand traumatisme, provoque l'apparition des symptômes de l'hystérie ; ce sont des dégénérés si on veut, mais pas des dégénérés mentaux comme les aliénés.

M. Falret ajoute : Des individus peuvent, comme l'a dit Lasègue, perdre leur virginité cérébrale.

M. Babinski a appelé l'attention sur les conditions du milieu. Ainsi, dans les épidémies de chorée rythmique, on voit trente ou quarante jeunes filles prises d'hystérie à l'église. Dira-t-on qu'elles sont toutes dégénérées ?

M. le professeur Pierret a fait remarquer qu'on a plus étudié les causes de l'hystérie que les causes des troubles mentaux dans l'hystérie. Il croit à la folie hystérique, et

la caractéristique se trouverait dans ce fait que le délire hystérique ne serait que la continuation de l'attaque par un virement de force nerveuse.

On peut voir, par ce rapide exposé, l'étendue de la discussion sur les rapports de l'hystérie et de la folie. On n'a pas jugé qu'il y eût lieu de trancher par un vote toutes les questions litigieuses posées par M. Gilbert Ballet. Le rôle des congrès n'est pas d'établir des dogmes, et l'on avait à aborder la seconde question mise à l'ordre du jour : les névrites périphériques.

Dans son rapport, M. Pierre Marie expose que, sous le nom de névrites périphériques, névrite multiple, polynévrite, on désigne un groupe d'affections assez homogène, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique et même au point de vue étiologique. Ce groupe est caractérisé surtout par l'évolution de troubles moteurs ou sensitifs, assez analogues dans les différents cas, et par ce fait, qu'à l'examen nécroscopique on constate des altérations des nerfs périphériques et des muscles, tandis que dans la moelle on ne trouve pas de lésions ou, si on en trouve, celles-ci paraissent hors de proportion avec celles des organes périphériques. Le rapporteur a fait l'historique de la question. Il a examiné l'étiologie des polynévrites, montré l'importance des intoxications. Les symptômes se divisent en troubles moteurs, troubles sensitifs, troubles de la réflexivité, troubles vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques, troubles psychiques. Les formes cliniques des névrites périphériques sont nombreuses, la maladie ayant des causes fort variables, et le diagnostic est loin d'être toujours facile. L'un des points les plus intéressants de l'étude de la polynévrite est celui de sa nature et de sa pathogénie, et des opinions diamétralement opposées ont été émises à ce sujet.

M. Pierre Marie n'ayant pu venir faire l'exposé verbal

des conclusions de son rapport, la discussion a été ouverte par M. Babinski qui s'est attaché à montrer les difficultés qu'on rencontre pour définir la névrite périphérique. Il faudrait pouvoir déterminer l'histoire clinique d'après les lésions, et inversement les lésions suivant les symptômes observés; c'est ce qu'aujourd'hui, on ne peut pas faire d'une manière constante. Quel est le point de départ des névrites périphériques quand on rencontre des myosites en même temps que la névrite? Enfin les névrites dites périphériques sont-elles bien indépendantes de l'axe central? Ainsi, dans le saturnisme, pourquoi le poison atteint-il les nerfs moteurs et laisse-t-il indemnes les nerfs sensitifs? Le cylindre-axe n'a pas d'autonomie, c'est le prolongement d'une cellule; il serait logique d'admettre que la cellule est atteinte et que la lésion se manifeste d'abord sur la partie la plus fragile, c'est-à-dire sur le cylindre-axe. L'atrophie musculaire de certaines hémiplegiques peut se diviser en trois groupes: 1° atrophie avec lésion des cornes antérieures de la moelle et des nerfs; 2° atrophie avec altération des racines et des cornes antérieures de la moelle, nerfs moteurs normaux; 3° atrophie avec lésion des nerfs moteurs, les cornes antérieures de la moelle restant normales. La névrite de la lèpre paraît d'origine périphérique, d'autres névrites sont d'origine centrale. Les lésions périphériques peuvent retentir sur les centres. Ainsi on voit la névrite optique concorder avec des névrites périphériques, et le nerf optique n'est pas un nerf périphérique. Il y a la psychose polynévritique; or, l'agent qui détermine cette psychose peut atteindre le système central avant d'avoir produit la lésion des nerfs périphériques. L'expression névrite périphérique n'implique donc pas que les lésions des nerfs sont primitives et que les centres sont indemnes, mais que les altérations des nerfs sont la lésion la plus apparente.

M. le professeur Renaut a exposé la nécessité de faire des distinctions dans l'altération des nerfs suivant la lésion nerveuse. Ainsi il y a les névrites parenchymateuses et les périnévrites. On ne trouve entre le cylindre-axe moteur et le cylindre-axe sensitif que des différences d'ordre dynamique, et les altérations des nerfs produisent des effets variables. Ainsi, chez tous les vieux animaux, il y a des névrites périphériques. Il y a des fibres dégénérées dans les nerfs des vieux chevaux, et ces névrites ne produisent pas grand'chose si ce n'est l'aspect particulier des extrémités, c'est-à-dire quelques troubles trophiques de la peau.

Le professeur Pitres a exprimé l'opinion qu'il fallait dégager l'histoire de la névrite périphérique des questions de doctrine. Il y a quinze ans, on vivait sur le dogme des centres trophiques et on n'admettait pas que le nerf pût être atteint primitivement; mais les faits sont venus. Il y a trois grands ordres d'altération nerveuse :

1° Altération de cause locale. A, un élément organique prend son habitat dans le nerf; exemple, la lèpre. B, névrites *a frigore*; troubles trophiques profonds. C, névrites de cause traumatique, altérations périnévritiques;

2° Névrites de cause infectieuse ou toxique;

3° Névrites de cause centrale. A, lésion des cornes antérieures de la moelle. B, lésions centrales, cérébrales ou spinales.

Le premier groupe est simple, mais le second est complexe (tabes). Tous les typhiques n'ont pas de névrite; on ne trouve pas de microbes dans les nerfs. Les bouillons de culture injectés n'agissent pas directement sur le nerf qu'ils baignent, il faut qu'un travail s'opère dans l'organisme. La paralysie apparaît quelques jours seulement après l'injection. De même dans les névrites de la glycosurie, ce n'est pas le glucose qui agit sur le

nerf. Les anciens parlaient du *locus minoris resistentiæ*. Les névrites sont généralement symétriques. Pourquoi? Il est probable qu'il y a une origine centrale, mais on ne peut pas le démontrer. De même dans le troisième groupe, les névrites secondaires de la moelle. Dans le tabes, les malades font des névrites sans relation directe avec la lésion et dont la cause échappe. On signale le fait qu'on ne peut pas subordonner la lésion aux symptômes ou réciproquement; mais ce n'est pas spécial aux névrites. Il faut tenir compte aussi de la difficulté de l'examen des lésions anatomiques des névrites, et de la régénération des nerfs masquant les lésions.

M. Pitres cite un cas de paralysie infantile qui avait nécessité l'amputation; les nerfs étaient reconnaissables dans les muscles profondément dégénérés et paraissaient presque sains.

La discussion amenait à examiner les rapports du tabes et des névrites périphériques. Elle a été reprise sur ce terrain par M. Babinski. Quel est le lien entre les altérations des centres et des nerfs périphériques? Une névrite périphérique peut-elle déterminer le tabes? Il n'est pas démontré que les altérations des cordons postérieurs de la moelle puissent produire des dégénérescences secondaires, et jamais on n'a constaté les lésions du tabes à la suite d'une névrite traumatique, d'une névrite banale. Mais l'agent qui détermine le tabes peut frapper les nerfs avant les centres; la névrite peut être le début, la lésion initiale sans qu'on puisse démontrer la conséquence de la névrite sur l'altération des cordons postérieurs.

M. le professeur Pierret a exprimé l'avis que le tabes, en laissant de côté les pseudo-tabes, est une affection du système sensitif. Chez les tabétiques, on constate l'existence fréquente de névrites périphériques dans la peau et l'existence de points de sclérose dans les lobes céré-

braux. Il y a dans le tabes trois foyers de lésions. On trouve des foyers périphériques, un foyer moyen, le cortex est atteint. Le tabes se rapproche des maladies qu'on observe dans les asiles. Chez les vieux tabétiques l'intelligence faiblit; on observe de la mélancolie, du délire de persécution, une interprétation délirante des douleurs, des accès d'agitation. Quand le cerveau est atteint, on peut voir apparaître une méningo-encéphalite; c'est la paralysie générale se greffant sur le tabes. La conclusion est que les maladies du système nerveux se relient toutes ensemble.

M. Régis a abordé l'étude des rapports de la polynévrite avec la folie. On voit des troubles mentaux dans la polynévrite alcoolique, il y a confusion mentale, perte de la mémoire surtout des faits récents. Les malades oublient la question qu'on leur pose, oublient qu'ils ont mangé, etc. M. Régis a observé un soldat qui, ayant eu une angine diphtérique à Lyon, est envoyé à Bordeaux, et y est pris de psychose infectieuse grave. Rentré guéri à Lyon, cet homme prend la rougeole, et, à la suite, a des idées de suicide, reste hébété, à l'état mental de la polynévrite. Cet état persiste pendant plusieurs mois sans que la polynévrite apparaisse, quand, à la suite d'un refroidissement, on observe une arthrite légère de l'épaule, des hyperalgésies multiples, quelques autres troubles de sensibilité. Y a-t-il, chez cet homme, une polynévrite et la maladie est-elle sous l'influence de la cause infectieuse datant de plusieurs mois? M. Régis pose la question sans la résoudre. Sa conclusion est que la psychose des polynévrites est une psychose infectieuse déterminée par l'infection et distincte de la névrite.

La troisième question traitée au Congrès était intitulée : De l'assistance et de la législation relatives aux alcooliques, et avait fait l'objet d'un rapport très complet du D^r Ladame.

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

« 1° Dans la lutte contre l'alcoolisme, il faut mettre en œuvre tous les moyens prophylactiques, répressifs et curatifs que fournissent l'initiative privée, la législation et l'assistance par l'Etat.

« 2° Parmi les moyens prophylactiques on devra donner tous ses soins à l'éducation de l'enfance, spécialement de l'enfance moralement et matériellement abandonnée, à l'amélioration du logement des ouvriers et à l'alimentation populaire, ainsi qu'à toutes les institutions destinées au développement matériel, moral et intellectuel des classes ouvrières (salles de lecture et de conférences, cuisines et cantines populaires, caisses d'épargne, cafés de tempérance, etc.).

« 3° Il faut s'efforcer de propager partout la fondation des sociétés de tempérance sans lesquelles les meilleures lois demeurent lettre morte. Ces sociétés n'agissent pas seulement comme moyen préventif pour relever les buveurs et empêcher leurs rechutes, mais elles préparent l'opinion publique et rendent efficaces les mesures législatives dont elles prennent souvent l'initiative.

« 4° La législation pénale s'est montrée impuissante contre l'alcoolisme, et jamais les pénalités, même les plus cruelles, n'ont pu guérir un ivrogne. L'accumulation des courtes peines, qu'il est de mode d'appliquer aujourd'hui contre l'ivrognerie dans certains pays, est particulièrement fâcheuse. D'autre part, l'impunité, trop facilement admise pour les délinquants et les criminels alcooliques, est un grand danger social et une véritable prime pour la perpétration de nouveaux crimes.

« La législation pénale peut collaborer efficacement à la lutte contre l'alcoolisme :

« En frappant la vente des spiritueux falsifiés et impurs ;

« En punissant les aubergistes et les débitants qui favorisent l'ivresse de leurs clients et qui donnent des spiritueux à boire à des mineurs. Tout individu qui a sciemment enivré une autre personne devrait être puni par la loi ;

« En punissant l'ivresse publique. Mais cette punition ne s'est montrée efficace que dans les pays où des mesures énergiques de prévention la rendent rare et condamnable par l'opinion ;

« En punissant plus sévèrement non seulement les récidives, mais surtout l'ivresse qui se produit en certains lieux (tribunal, église, assemblées publiques, etc.), ou pendant certaines occupations qui constituent un danger pour autrui.

5° L'irresponsabilité médico-légale des délirants alcooliques doit entraîner leur internement d'office dans des établissements spéciaux dont ils ne pourront sortir qu'après guérison complète et lorsque toute crainte de rechute sera écartée. Ils y seront réintégrés à la première menace de récidive.

« 5° La déchéance de la puissance paternelle, l'interdiction des buveurs et leur mise sous curatelle sont des mesures efficaces et nécessaires, mais qui ne doivent généralement pas être prises avant le placement des ivrognes dans un asile destiné à leur traitement et à leur guérison.

« 6° La non-reconnaissance des dettes de cabaret est une mesure législative qui peut avoir une certaine efficacité, de même que l'interdiction de fréquenter les auberges (dans les campagnes et dans les petites villes).

« 7° Les taxes, impôts et accises sur les boissons n'ont, par elles-mêmes, aucune action sur la consommation des spiritueux. Elles ne deviennent utiles dans la lutte contre l'alcoolisme que si elles sont accompagnées d'autres mesures législatives appropriées et d'un degré

vement correspondant des boissons dites hygiéniques (café, thé, chocolat, sucre, etc.). Le dégrèvement du vin et de la bière n'a aucun effet sur la fréquence de l'alcoolisme.

« 8° Le nombre des auberges ne peut être pris comme critérium de la consommation alcoolique dans un pays, et la réduction du nombre des débits n'a pas pour effet de diminuer parallèlement la consommation de l'eau-de-vie.

« Toutefois, la réduction du nombre des cabarets est une mesure qui s'impose, mais elle n'est efficace que si elle est poussée très loin et si elle est accompagnée d'autres mesures législatives restrictives sur la fabrication et le commerce des spiritueux et, enfin, si l'opinion publique se prononce énergiquement en faveur de la tempérance.

« 9° Les systèmes de licence de Goeteborg et de Bergen, qui ont eu d'excellents effets dans les pays scandinaves, ne rencontreraient pas toujours ailleurs les circonstances favorables qui en ont assuré le succès. Ces systèmes n'agissent qu'indirectement sur la diminution de l'alcoolisme qui ne peut être obtenue que par d'autres mesures restrictives concomitantes.

« 10° Le monopole de l'Etat a donné jusqu'ici de bons résultats en Suisse, en diminuant de 25 p. 100 la consommation de l'eau-de-vie et en assurant la purification des alcools. Ce système ne pourrait cependant pas être adopté partout avec les mêmes avantages, car les circonstances politiques et économiques dans lesquelles se trouvent les divers pays influent grandement sur ses résultats.

« Le monopole peut être établi sous trois formes distinctes qui peuvent être combinées entre elles :

« Monopole de la fabrication ;

« Monopole de la rectification ;

« Monopole de vente.

« Suivant le cas on pourra adopter l'un ou l'autre de ces monopoles ou les combiner deux à deux ou les trois ensemble. Jamais ils ne suffiront à eux seuls à la répression de l'alcoolisme.

« 11° Le système de la prohibition totale, nationale ou locale, d'origine américaine, a exercé parfois une heureuse influence dans plusieurs Etats de l'Union américaine, dans certaines localités de l'Angleterre, de la Hollande et des pays scandinaves. Les mœurs actuelles de la plupart des pays européens rendent impossible chez eux l'application de ce système.

« 12° L'assistance des alcooliques réclame, avant tout, la fondation d'asiles pour la guérison des buveurs. Ces asiles doivent remplacer les prisons et les maisons de correction qui aggravent l'état physique et moral des ivrognes qui y sont placés, et contribuent à les rendre incurables.

« 13° Ces asiles doivent être organisés et dirigés d'après les principes de la science médicale. On y recevra les cas récents et curables. La loi devra accorder à ces asiles un droit de détention sur les buveurs qui y seraient internés, moyennant une déclaration médicale, pour une durée minima de six mois et maxima de deux ans.

« 14° L'abstinence totale des boissons alcooliques, le travail et la discipline sont les principes fondamentaux du traitement moral dans les asiles pour buveurs. Le personnel et les employés doivent s'y conformer aussi bien que les pensionnaires.

« 15° A sa sortie de l'asile, l'ivrogne guéri doit être placé dans un milieu abstinent, sous le patronage de sociétés de tempérance. A la moindre menace de récidive, il doit pouvoir être immédiatement réintégré dans l'asile.

« 16° Les buveurs aliénés, épileptiques et délinquants, ne doivent pas être admis dans les asiles pour la guérison des ivrognes.

« 17° Il faut fonder des établissements spéciaux pour l'internement, la détention et le traitement des buveurs aliénés, épileptiques, délinquants ou moralement pervertis.

« 18° La fondation d'hospices spéciaux serait désirable pour le placement des ivrognes incurables qui sont, par leur dissipation, leur immoralité et leur violence, un danger permanent pour leurs familles et pour la société. »

M. Ladame a développé dans un exposé verbal les conclusions de son rapport, et la discussion a été ouverte. M. Vallon a rendu compte des observations qu'il a faites dans son service. Beaucoup d'individus deviennent alcooliques en buvant n'importe quelle liqueur. D'autres ont une liqueur favorite, et il a obtenu des succès en provoquant le dégoût de cette liqueur qu'il donne au malade additionnée d'eau-de-vie allemande. Mais pour traiter d'une manière rationnelle les alcooliques, il faut une organisation spéciale, et les asiles de la Seine n'ont pas cette organisation. On reçoit constamment des aliénés guéris d'alcoolisme, après le séjour qu'ils ont fait à l'infirmerie de la Préfecture de police et à l'admission de Sainte-Anne. On les garde quelque temps, et ils sont une cause d'encombrement, puis on les renvoie. De Villejuif à Paris il y a deux cent cinquante ou trois cents cabarets ; ces individus se remettent à boire, délirent de nouveau, sont arrêtés, puis renvoyés à l'asile et ainsi de suite.

Les ivrognes invétérés ne peuvent pas être corrigés dans les asiles de leur passion de boire, parce qu'avec l'organisation actuelle ils arrivent toujours à se procurer du vin dès qu'ils travaillent, et il vaut encore

mieux les faire travailler que de les laisser dans l'oisiveté. M. Vallon voudrait voir organiser, d'une part, ce qu'il qualifie d'une expression originale, un violon médical pour les individus qui délirent temporairement sous l'influence de l'ivresse, et, d'autre part, un établissement spécialement consacré au traitement des alcooliques, établissement complètement distinct des asiles d'aliénés actuels.

M. Legrain a demandé, lui aussi, des asiles spéciaux pour les alcooliques, et il a critiqué la décision récente du Conseil général de la Seine de créer un nouvel asile d'aliénés dont une partie serait réservée aux alcooliques. Il émet le vœu : 1° que les alcooliques soient traités dans des asiles spéciaux ; 2° qu'ils puissent y être maintenus ; 3° que la loi sur les aliénés permette l'organisation des asiles d'ivrognes.

M. Deschamps a défendu le vote du Conseil général de la Seine. On s'est trouvé fort embarrassé parce qu'il n'y a pas, en Europe, de grands asiles d'alcooliques pour servir de modèle, et on ne pensait pas qu'il y eût besoin d'une construction spéciale. Maintenant, y a-t-il danger d'avoir des services généraux communs avec l'asile d'aliénés ? A quelles catégories d'alcooliques s'adresse l'Asile ? A-t-on assez d'ivrognes curables dans la Seine pour créer un asile ? Voilà les questions que M. Deschamps pose au Congrès.

M. A. Voisin a répondu aux questions de M. Deschamps en disant que l'asile en question doit être un asile d'ivrognes de profession et ne doit pas recevoir les délirants d'ivresse passagère. Mais, pour retenir ces ivrognes, une loi doit intervenir. M. Voisin pense que cet asile doit être construit d'une manière particulière, avoir des cellules d'isolement, de petits quartiers pour certaines catégories d'ivrognes, de grands quartiers pour ceux qui peuvent vivre en commun sans inconvé-

nient. On doit chercher pour ces individus la vie en plein air. Il ne faut pas qu'il y ait de rapports avec l'asile d'aliénés.

M. Bourneville a adhéré à la conclusion de M. Ladame disant que l'assistance des épileptiques réclame la fondation d'asiles spéciaux, et il a critiqué la décision du Conseil général de la Seine qui a voté un Asile mixte et mis au concours la construction de cet Asile sans avoir de programme, sans savoir quels malades on y placerait. Qu'entend-on par alcooliques? Il y a les ivrognes; les individus délirants après des excès alcooliques; l'alcoolisme subaigu; l'alcoolisme suraigu; l'aliénation mentale attribuée aux excès alcooliques. Comment hospitalisera-t-on les alcooliques non aliénés puisqu'il n'y a pas de loi qui permette de les maintenir à l'Asile? Avant de créer un asile pour les ivrognes, il faut obtenir une loi qui permette de les interner, de les traiter, de les maintenir malgré eux.

M. Charpentier a proposé de distinguer les alcooliques simples des alcooliques vicieux ou délirants.

M. Joffroy pense que le traitement des alcooliques consiste dans la suppression du poison; il faut pour eux des Asiles spéciaux dont les services généraux soient distincts de tout autre établissement afin d'obtenir une abstinence rigoureuse. Il y a progression de l'alcoolisme en France parce qu'on boit plus d'alcool. C'est ce que montrent les statistiques, et encore ces statistiques ne sont pas rigoureuses parce qu'elles ne peuvent pas tenir compte de la fraude.

Non seulement la consommation de l'alcool augmente, mais le commerce livre des alcools mal rectifiés qu'on fait passer en ajoutant des essences et en les vendant sous forme de liqueurs variées. Or, si l'on n'a pas d'action directe pour réduire la consommation, il faut au moins donner l'alcool le moins toxique, et M. Joffroy est par-

tisan du monopole par l'État, système qui a donné de bons résultats en Suisse.

M. Deschamps a insisté pour que le Congrès donnât un programme pour l'exécution de l'établissement voté par le Conseil général de la Seine. Le Congrès n'a pas cru pouvoir entrer dans cette voie, mais sur la proposition de MM. Legrain et Ladame, et après discussion, le vœu suivant a été émis :

« Il y a lieu de fixer les conditions légales de l'internement spécial des buveurs d'habitude, alcooliques dangereux pour l'ordre social. Un asile spécial doit répondre à l'assistance et au traitement de cette catégorie particulière. Enfin, dans l'érection de cet établissement nouveau, il faut que les Commissions et Conseils élus veillent à ce que l'administration consulte les médecins aliénistes, sur les conditions pratiques d'application de ce mode nouveau d'assistance, et sur l'organisation intérieure la mieux appropriée à ce but. »

La discussion des trois questions mises à l'ordre du jour du Congrès avait pris les journées du lundi, du mardi et l'après-midi du mercredi. (La matinée du mercredi avait été consacrée à la visite de l'asile Sainte-Marie.) La journée du jeudi étant donnée à l'excursion classique du puy de Dôme et la visite de l'asile de la Cellette ayant été fixée au samedi, il ne restait plus que la journée de vendredi pour les communications dues à l'initiative des membres. Le nombre de ces communications était grand et la journée a été très chargée.

Je vais me trouver, vu l'étendue déjà donnée à cette chronique, dans la nécessité de passer rapidement sur ces travaux malgré l'intérêt qu'ils ont présenté.

M. le D^r Samuel Garnier s'est fait une spécialité, à nos Congrès, de traiter les questions professionnelles, ce dont ses collègues des Asiles lui savent gré. On connaît les difficultés qui surgissent dans un certain nombre

de départements pour le règlement des retraites du médecin d'asile d'aliénés. Or, la Commission parlementaire chargée par la Chambre d'examiner le projet de revision de la loi sur les aliénés est revenue sur ce qui avait été voté par le Sénat, et propose de maintenir, pour les traitements et les retraites, l'organisation actuelle. Sur la proposition de M. Samuel Garnier, le Congrès a émis le vœu suivant :

« Les médecins aliénistes et neurologistes réunis en congrès à Clermont-Ferrand, émettent le vœu que la Chambre des députés, dans la rédaction définitive de l'article 44 du projet de revision de la loi sur les aliénés, présenté par sa commission, adopte le texte entier du paragraphe 3 de l'article 45 du projet déjà voté par le Sénat, qui met notamment à la charge de l'État les traitements et les pensions de retraite des médecins en chef, médecins directeurs et adjoints des asiles publics. Comme conséquence de ce rattachement futur, ils expriment le désir d'un relèvement des traitements qui correspondent aux classes fixées par les décrets du 6 janvier 1863 et 4 février 1876. »

M. le D^r Taty a lu un travail sur le mobilier et les instruments de travail des aliénés pauvres et curables. Ces malades voient souvent leur mobilier vendu parce que l'Administrateur ne sait où loger ce mobilier. Il y aurait lieu d'établir un garde-meuble gratuit, soit en faisant appel à des sociétés de patronage, soit en formant un dépôt dans les asiles. La Seine possède un service de ce genre. Le travail de M. Taty, inspiré par M. le professeur Pierret, a été présenté d'une manière fort intéressante. On ne s'est pas contenté de l'applaudir, on a émis le vœu suivant : « Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, réuni à Clermont-Ferrand, émet le vœu que des mesures soient prises dans tous les asiles pour sauvegarder le mobilier et les instruments

de travail des aliénés pauvres et curables et pour les restituer à ces malades après guérison. »

M. Régis a lu un mémoire sur ce qu'il appelle les hallucinations onériques des dégénérés. Ce sont des hallucinations psycho-sensorielles qu'on peut rapprocher du rêve, et qu'on observerait plus fréquemment chez les dégénérés sans toutefois leur être spéciales.

M. le D^r Levillain a communiqué une observation de neurasthénie guérie par trépanation. Cette observation a provoqué une discussion dans laquelle M. Gilbert Ballet a insisté sur l'influence d'un ébranlement nerveux dans la neurasthénie et cité un fait où une malade a été guérie de douleurs abdominales par une opération qui devait être inutile. On croyait à un rein mobile, c'était une erreur de diagnostic ; on a ouvert l'abdomen, trouvé le rein en place, non mobile, mais après l'opération, les douleurs ont disparu. On pourrait de même citer des trépanations qui n'avaient pas leur raison d'être. On voit des neurasthéniques pris d'accidents nerveux à la suite d'un accident de chemin de fer, et guérissant rapidement quand ils ont obtenu une indemnité. On les traite de simulateurs, et il est possible que la cessation des préoccupations, un choc moral heureux, ait été l'agent curateur.

M. le professeur Renant a indiqué sa technique pour l'étude de la structure des nerfs. C'est une nouvelle méthode de fixation et d'imprégnation des nerfs à myéline. La méthode est fondée sur le fait que dans un mélange de solutions d'acide picrique, d'acide osmique et de nitrate d'argent dans l'eau, il ne se fait aucun précipité perturbateur ; mais l'acide picrique, l'acide osmique et le nitrate d'argent effectuent conjointement leurs réactions histo-chimiques.

M. Bourneville a lu un mémoire sur l'application de la méthode médico-pédagogique dans le traitement des

idiots microcéphales, présenté toute une série de photographies et signalé les bons résultats obtenus.

M. le professeur Joffroy a communiqué des observations très intéressantes de paralysie générale à forme tabétique.

M. Mendelsohn a lu un travail sur les lois psychophysiques en pathologie nerveuse. M. Souques a présenté une malade atteinte de myxœdème et communiqué une observation de thyroïdectomie. Après l'opération ont apparu des accidents convulsifs et tétaniques; on a traité la malade par l'ingestion de corps thyroïdes de mouton, et la malade est en voie d'amélioration.

M. Vallon a lu un mémoire sur la classification des héréditaires qu'il divise en trois groupes: les débiles, les déséquilibrés, les émotifs, et il a insisté sur l'abus qu'on a fait du terme dégénéré.

M. Brachet a communiqué ses recherches sur la folie de Charles VI. Les comptes indiquant les dépenses faites pour le remplacement des objets détruits par le roi permettent de suivre la marche de la maladie. Charles VI était un héréditaire, et la folie a eu pour cause déterminante une fièvre typhoïde, puis une insolation, et a duré trente ans avec quarante-huit rémissions. Il y avait confusion mentale, ce qui s'accorde avec la nature infectieuse de la cause déterminante.

M. Brissaud a exposé ses recherches sur la sensibilité spinale et communiqué quelques faits relatifs à la syringomyélie.

M. Klippel a lu un mémoire intitulé: *Contribution à l'étude histologique des dégénérescences spinales*. Un autre mémoire de MM. Klippel et Serveaux avait pour objet: Les urines à la seconde période de la paralysie générale. M. Devay a communiqué un travail sur la toxicité urinaire chez les épileptiques.

Un mémoire de MM. Brunet et Vigouroux a eu pour

objet : Étude de l'hérédité directe portant sur quatre groupes de recherches. Ces quatre groupes sont : 1° Enfants nés d'aliénées internées ; 2° enfants internés, nés de père ou mère internés ; 3° familles dont un grand nombre de membres sont internés ; 4° frères et sœurs internés en même temps.

Un travail de MM. Vallon et Marie était intitulé : *Quelques observations de paralysie générale avec chorée.*

MM. Hamel et Marie ont déposé trois observations de démentes vésaniques avec personnalité dissociée au cours d'un délire systématisé ancien. MM. Hallion et Comte ont communiqué un travail intitulé : *Des réflexes vaso-moteurs à long trajet dans quelques affections nerveuses.* M. Henry Meige : *Le facies dans les myopathies.* M. Lamy : *Hémianopsie avec hallucinations dans la partie abolie du champ visuel.* M. Lannois : *Origine otique d'un certain nombre de cas de paralysie faciale à frigore.* M. Séglas : *Confusion mentale, amnésie continue et anesthésie généralisée chez une hystérique ; résultats de l'expérience de Strumpell.*

Toutes ces dernières communications ont été faites d'une manière très rapide, l'heure avancée de la séance ne permettant guère aux auteurs que de donner leurs conclusions. Par suite d'un malentendu qu'on a regretté, M. Monod, induit en erreur sur l'ordre du jour du Congrès, se proposait de lire le samedi 11 un travail sur les aliénés délinquants reconnus aliénés seulement après leur condamnation. Le samedi 11, dernière journée du Congrès, devait être consacré à la visite de la Cellette, et M. Monod était arrivé trop tard le vendredi pour assister à la séance de l'après-midi. Le travail n'a pu être qu'annexé, après coup, aux procès-verbaux.

Au cours de la session le Congrès a décidé, sur la proposition de MM. Pitres et Régis, que la réunion aurait lieu en 1895 à Bordeaux, avec M. le professeur

Joffroy comme président et M. Régis comme secrétaire général. En outre on a mis à l'ordre du jour les questions suivantes :

1° *Les psychoses de la vieillesse.* Rapporteur, M. Ritti.

2° *Glande thyroïde; goitre exophtalmique.* Rapporteur, M. Brissand.

3° *Des impulsions épileptiques au point de vue médico-légal.* Rapporteur, M. Parant.

La partie extra-scientifique du Congrès comprenait des réceptions et des excursions. Nous étions invités à venir le lundi à huit heures du soir, salle de la Société lyrique, place du Poids-de-Ville, prendre un vin d'honneur offert par M. le maire de Clermont ; mais personne, pas même le secrétaire général du Congrès, ne savait si l'invitation s'étendait aux dames auxquelles on avait demandé d'accompagner leurs maris. Comme je l'ai déjà dit, notre ami Hospital s'était trouvé débordé au dernier moment et le Comité de dames, annoncé dans la circulaire nous conviant au Congrès, n'était pas constitué. La réponse fut que les dames étaient les bien venues, et nous reçûmes tous, le soir, un accueil plein de cordialité.

La station thermale de Royat est à la porte de Clermont et l'Administration des Eaux de Royat avait en l'amabilité de donner aux congressistes et à leurs familles libre accès non seulement à l'établissement thermal mais encore au Casino. Nous en avons largement profité, d'autant plus que beaucoup d'entre nous avaient préféré les hôtels de Royat à ceux de Clermont.

Le mercredi matin a été consacré à la visite de l'asile Sainte-Marie de l'Assomption. On sait que l'asile de Clermont est un asile privé faisant fonction d'asile public et appartenant à une congrégation religieuse. Les honneurs en étaient faits tant par le Dr Hospital, qui a toujours été attaché à cette maison et a succédé à son père

comme médecin en chef, que par l'abbé Saulze, supérieur général de la Congrégation. L'espace me manque pour entrer dans de grands détails. L'asile est en ville et n'a pas pu se développer librement en surface à mesure que sa population augmentait. On n'y trouve pas des constructions régulières comme dans les asiles créés d'un seul jet, et le défaut de surface est compensé dans divers quartiers par le nombre des étages. Le grand obstacle à une modification sérieuse de cet état de choses est la situation des asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Le projet de loi soumis aux Chambres condamne ces établissements et on ne peut pas demander de faire de grandes dépenses quand l'existence de ces maisons est mise en question. Malgré tout, l'asile de Clermont a une qualité, c'est de ne pas avoir un aspect triste. On y a de tous côtés la vue des montagnes que domine le puy de Dôme. Ceux qui avaient visité l'asile il y a quelques années y ont trouvé de notables améliorations, notamment en ce qui concerne le service des bains et de l'hydrothérapie. Et puis, on sent que le médecin y est bien chez lui, qu'il inspire confiance, qu'un accord parfait règne entre lui et la congrégation religieuse, et le supérieur se tient au courant des questions hospitalières. Notre confrère Hospital ne me permettrait pas de parler de son dévouement pour ses malades; mais, ce que je puis dire, c'est que, si nous n'avons pas vu un asile modèle, nous avons trouvé une réunion de gens cherchant à faire du bien aux aliénés confiés à leurs soins, et c'est ce qu'a très délicatement exprimé le président du Congrès dans un toast couvert d'applaudissements.

Après la visite des quartiers, nous avons été invités à prendre part, à l'asile, à un déjeuner dont la présidence avait été offerte au préfet, et auquel les dames avaient été conviées, ce qui n'était rien au charme de la réunion,

mais n'a pas empêché d'avoir l'après-midi, à l'Hôtel de Ville, une séance bien remplie.

Le jeudi, trêve des travaux. Journée de congé, pour faire l'ascension du puy de Dôme. Déjeuner champêtre organisé par l'ami Hospital, au col de Ceyssat, avant de gravir le sommet du Dôme. Gaïeté générale. Inutile de dire que les dames étaient de la partie. Était-ce l'air de la montagne ? se sentait-on en vacances ? chacun était joyeux. Seul le D^r Hospital était préoccupé, craignant que quelque chose ne nous manquât, et M. Falret prétendait que notre secrétaire général était troublé parce qu'il n'était plus habitué à une pareille gaïeté d'étudiants et d'étudiantes. Un de nos collègues avait apporté un appareil pour nous photographier, c'était complet. Aussi, le soir, on se sentait frais et dispos pour descendre à Clermont et faire honneur au banquet organisé par souscription, le banquet traditionnel du Congrès.

Le vendredi soir une fête nous était offerte au Casino municipal de Royat et le corps médical de Clermont avait organisé ensuite en notre honneur une réception et un lunch au grand hôtel de Royat. Les toasts échangés ont pu dire à nos confrères de Clermont quel souvenir nous emportions de leur charmant accueil. Nous ne nous séparions qu'à minuit, et le lendemain il fallait prendre le train à cinq heures et demie du matin pour l'excursion de la Cellette.

Un certain nombre d'entre nous étaient curieux de visiter cet asile dont on connaît l'isolement dans une région fort pittoresque. L'établissement appartient, comme celui de Clermont, aux Frères de Sainte-Marie de l'Assomption, et nous devons y retrouver l'aimable Supérieur Général, l'abbé Sanlze, dont nous avons fait la connaissance à Clermont. La critique faite aux Frères de Sainte-Marie de l'Assomption est d'avoir, dans les cinq asiles qu'ils ont créés, édifié des bâtiments trop

élevés sur une surface trop restreinte, d'où manque de proportion entre les habitations de jour et les habitations de nuit. Ce qui empêche, à la Cellette, le développement de l'asile, c'est la montagne. On est dans une gorge boisée où coule le Chavanon, un torrent au milieu des rochers. C'est un site ravissant en été. Les bâtiments sont accrochés au flanc de la montagne ; on a une jolie vue, mais les préaux se réduisent à une grande terrasse fermée par une galerie qu'on a dû griller pour éviter les accidents. On aura une idée du manque d'espace au rez-de-chaussée quand nous dirons que nous avons trouvé les bains généraux au deuxième étage d'un bâtiment dominant déjà un autre bâtiment, et que la buanderie est en arrière encore plus haut. Une source jaillissant de la montagne à un niveau très élevé fournit l'eau nécessaire à la buanderie et aux bains. Nous avons été reçus de la façon la plus courtoise par M. le D^r Longy et par M. le D^r Bargy, médecins de l'établissement ; M^{me} Bargy s'occupait des dames, et l'accueil cordial était complété par un déjeuner en rapport avec l'appétit que pouvaient avoir des congressistes en excursion dans la montagne. Si à la Cellette les habitations de jour sont défectueuses, on a développé pour les malades l'existence en plein air, et nous avons pu rencontrer des aliénés vivant dans une liberté relative. L'un d'eux remplissait les fonctions d'auxiliaire à la petite halte du chemin de fer et était heureux de nous montrer ce qu'il savait faire en courant fermer le disque pour couvrir notre train.

Après la visite de la Cellette, le Congrès était terminé.

Toutefois une dernière excursion, en dehors du programme, a encore eu lieu le lendemain. MM. Deschamps et Rousselle, du Conseil général de la Seine, avaient, avec le D^r A. Marie, réuni une douzaine de congressistes

pour leur faire les honneurs de la colonie de Dun-sur-Auron, près Bourges. Cette visite du Gheel français a beaucoup intéressé ceux qui y ont pris part : les malades paraissent bien soignés et heureux de la situation qui leur est faite.

Je n'ai pas à revenir sur l'impression générale du Congrès de Clermont-Ferrand, elle se dégage suffisamment de cette chronique. La réunion a produit une grande somme de travail et on a passé en Auvergne de bonnes journées.

La presse locale a rapporté que nous avions dit bien haut que nous emportions un excellent souvenir de l'Auvergne et des Auvergnats, et qu'on avait trouvé parmi nous les hommes les plus avenants et les plus aimables. Le bon souvenir sera donc réciproque. Le D^r Hospital s'est donné beaucoup de mal pour obtenir un beau Congrès et il y a pleinement réussi avec le concours dévoué de son président le professeur Pierret. Le succès de nos réunions annuelles s'est affirmé une fois de plus. Qu'on se le dise maintenant, et que nos abstentionnistes n'hésitent pas en 1895 à faire le voyage de Bordeaux. Des plans sont déjà dressés pour obtenir une réduction de prix sur la ligne d'Orléans, mais c'est un secret que je n'ai pas encore le droit de divulguer.

A. GIRAUD.

Pathologie

LA VALEUR

DES

SIGNES DE DÉGÉNÉRESCENCE

DANS L'ÉTUDE DES MALADIES MENTALES (1)

Par le D^r P. NAECKE,

(de Hubertusbourg, Saxe)

Membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris,
Membre honoraire de la Société de médecine mentale de Belgique.

La psychiatrie et l'anthropologie ont différents points de rapprochement : la dernière ne doit pas négliger l'esprit humain, la psychologie, qui est une des bases de la psychiatrie; et celle-ci ne doit pas perdre de vue le corps en général. Mais nous voyons, au contraire, que chacune de ces disciplines reste obstinément dans ses limites restreintes et ne se soucie pas de l'autre.

Il n'y a pas longtemps que pourtant un certain point a vivement intéressé les deux partis, savoir : les signes de dégénérescence. Dans la médecine mentale on en parle depuis Morel; dans l'anthropologie, c'est surtout depuis la naissance de l'anthropologie criminelle. C'est principalement dans cette dernière discipline que les stigmates ont acquis une grande importance, tandis

(1) Communication faite au Congrès médical international de Rome, le 30 mars 1894.

que les aliénistes ne s'en sont pas trop occupés. Il avaient, comme c'est bien naturel, plus d'intérêt à l'étude des variations et des dérangements des facultés mentales qu'à celle des variations morphologiques et fonctionnelles qui accompagnent si souvent les premières. Néanmoins, il y a eu bien des aliénistes qui ont observé ces signes de plus près et je ne veux citer ici que notre savant confrère, M. Féré, qui nous a appris des faits fort intéressants de ce genre.

Mais c'est seulement depuis que les crimino-anthropologistes basent leurs théories en grande partie sur ces signes de dégénérescence, que les psychiatres ont aussi commencé à s'en occuper davantage. Il ne me paraît donc pas superflu d'en faire le sujet d'une communication et de chercher la définition, mais surtout la valeur de ces signes pour la médecine mentale, tandis que je ne ferai pas allusion à l'anthropologie criminelle.

Chaque cellule du corps croît par deux causes innées et héréditaires : par l'énergie du protoplasme et, plus tard, en partie par l'influence nerveuse, dès que le système nerveux a commencé à se développer; toutefois, ce n'est pas seulement par l'influence des nerfs trophiques — si ceux-ci existent réellement, — mais aussi par celle des nerfs vasomoteurs qui président à l'afflux du sang dans un endroit donné.

Ces deux agents fonctionnent toute la vie et se combinent en proportion différente et de manière telle que personne ne peut taxer justement leur valeur dans un cas concret.

Ce qui se dit de la cellule a aussi sa valeur pour la croissance de chaque tissu, de chaque organe.

Contemplons maintenant les hommes des races différentes, et nous verrons bientôt que la ressemblance des individus d'une même race, d'un même peuple, n'est qu'apparente, car nous y remarquons quantité de varia-

tions morphologiques. Parmi celles-ci, il y en a de moins fréquentes qui, par conséquent, nous frappent et qui ont quelque chose d'étrange, comme, par exemple, des attributs mongoloïdes dans les races aryennes, ou bien un type plus ou moins européen chez les nègres. Certes, on conviendra d'appeler de telles variations frappantes et rares, des abnormités, et nous trouvons celles-ci figurant en grande partie dans le tableau des signes de dégénérescence.

Avant d'étudier si on a raison de les appeler ainsi, il faut se demander : « Qu'est-ce qu'un signe de dégénérescence, un stigmate ? » ou plutôt : « Qu'est ce que la dégénérescence ? » Je ne veux pas ici passer en revue les explications différentes que l'on en a données.

Avec Sommer (1), *j'entends par dégénérescence un état anormal du système nerveux, donc quelque chose de fonctionnel*, quoiqu'on ne connaisse ni le vrai type physiologique normal, ni le type normal morphologique. En parlant ordinairement d'un type, nous n'avons en vue que la moyenne des individus d'une race. Si donc le type physiologique soi-disant normal est ce que l'on appelle généralement la règle et représente la santé — la dégénération, l'état anormal qui s'en éloigne plus ou moins, représente l'exception, la maladie si l'on veut. Car ordinairement on ne désigne par « dégénération » que le sous-typique, ce qui, dans notre manière de voir, éloigne l'individu plus ou moins de l'homme idéal qui d'ailleurs n'existe qu'en imagination. Or, il existe des races différentes, donc aussi des types différents et des dégénérations fonctionnelles différentes, qui pourtant, paraît-il, ne diffèrent pas trop les unes des autres. De même il y

(1) Sommer. Die Beziehungen von morphologischen Abnormalitäten zu den endogenen Nerven und Geisteskrankheiten. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, numéro de décembre 1893.

a diverses « dégénération morphologiques », c'est-à-dire un assemblage d'anomalies corporelles. Néanmoins on ne parle en général que d'une seule dégénération fonctionnelle ou morphologique, oubliant ainsi trop facilement le rôle que la race joue dans la détermination de ce mot-là.

Mais comme un état pareil ne se démontre jamais par un seul symptôme, *la dégénération doit présenter une combinaison d'anomalies fonctionnelles ou morphologiques* pour être appelée ainsi ; et l'on conçoit facilement qu'il y ait beaucoup de subjectivité à appeler ainsi telle ou telle anomalie, et tel ou tel groupe d'anomalies une dégénération.

Considérons maintenant les stigmates morphologiques, et nous verrons bientôt que pour la plus grande partie ils n'influencent nullement l'organe qui les porte. Si l'oreille est à anse, si le pavillon en est trop grand ou trop petit, si le lobule est adhérent, s'il y a des taches sur l'iris ou un coloboma, s'il y a une nævus, etc., tout cela ne relève pas de l'organe même. Il serait donc superflu de noter toutes ces anomalies qui ne formeraient que des curiosités, si nous n'apercevions pas bientôt qu'elles aiment à s'accumuler, à former ainsi la *dégénération morphologique*, et que cette dernière, *le plus souvent, n'est rien d'autre que l'expression d'une dégénération nerveuse, déclarée ou latente*, comme nous allons le voir plus loin.

Il est clair que si la croissance d'une partie du corps, d'un organe, dépend en partie de l'état du système nerveux, nous aurons des irrégularités dès que ce dernier est défectueux. Nous en comprendrons en même temps l'hérédité, puisque l'anatomie et la chimie des tissus sont transmissibles.

Mais avant de procéder, il faut nous demander ce que nous voulons compter parmi les « signes de dégénères-

cence » ; car c'est surtout ici que les opinions des auteurs diffèrent énormément et n'admettent qu'en partie des comparaisons.

On sera d'accord avec moi, j'espère, pour ne pas compter comme stigmates morphologiques toutes les suites directes de troubles nutritifs ou de maladies intra et extra-utérines, enfin tout ce qui relève de la pathologie. Tels sont, par exemple, le strabisme, la surdité, l'épilepsie, la chorée, la phtisie, certains tumeurs, etc. Même si ces anomalies nous paraissent héréditaires, *ce n'est que la disposition des tissus différents qui peut être transmise, jamais la maladie même, il me semble, parce que l'hérédité ne s'étend que sur la transmission de l'anatomie et de la chimie des tissus différents* qui, sous l'influence d'un agent provocateur déterminé, peuvent être atteints de la même maladie que les parents. Et encore ne pouvons-nous jamais prouver que quand le fils a la même maladie que le père, il le doive à une disposition héréditaire (1).

Il ne nous reste donc plus que deux grandes classes de stigmates. La première se compose de certaines déformations du nez, du menton, des lèvres, etc., qui ne paraissent pas être toujours la suite d'un trouble de nutrition, etc., et qui, comme on le sait, sont souvent héréditaires, souvent même ethniques. Les stigmates les plus importants de cette classe sont sans contredit les anomalies du crâne qui certes ne sont souvent que la conséquence de processus morbides, tels que le rachitisme, etc., ou bien la suite mécanique de couches difficiles, etc., et qui en elles-mêmes n'ont que rarement une valeur pour la vie cérébrale, d'autant moins que le plus souvent le cerveau forme le crâne, et non *vice versa*. C'est

(1) On pourrait parler d'une dégénération *pathologique* opposée à une dégénération *endogène* que je voudrais seule compter comme vraie dégénération, ainsi que nous le verrons de suite.

ce groupe qui fournit le gros des stigmates à la plupart des auteurs. Je crois que l'on fera bien de les rayer du cadre et *de ne compter enfin comme signe de dégénérescence* que le dernier groupe, savoir les *arrêts de développement*, les agénésies, les hypoplasies et les hypertrophies, et enfin *les vrais atavismes*. Pour le diagnostic de ces derniers on ne saurait toutefois être assez prudent; seuls les embryologistes, les zoologues, les anatomopathologistes et les anatomistes peuvent en juger avec quelque certitude. Nous autres, nous ne pouvons que donner là-dessus notre opinion personnelle qui n'a pas beaucoup de valeur (1). *On reconnaît de plus en plus que le gros des soi-disant atavismes appartient à la classe des monstruosité, qu'ils sont donc d'origine tératologique*. Tels sont, par exemple, le plus grand nombre des appendices caudaux, des doigts surnuméraires, des membranes entre les doigts, etc. Et même sans cela il est, je crois, impossible de dire s'il s'agit dans un cas donné d'un vrai atavisme ou d'un simple arrêt de développement à la suite d'un trouble de nutrition.

Restent encore à considérer les stigmates fonctionnels, comme le daltonisme, la gaucherie, l'obtusion de la tactilité et des autres fonctions des nerfs cutanés, de

(1) Il n'y a que très peu d'aliénistes qui se soient occupés sérieusement d'études d'anatomie comparée et d'embryologie, et cela encore plus ou moins au sujet d'un seul organe, comme par exemple Edinger à Francfort pour le cerveau. En tout cas, je ne connais *pas un seul aliéniste* qui puisse donner une opinion bien fondée sur l'atavisme en général; les seules études sur les singes ne suffisent naturellement pas dans une question aussi importante. L'aliéniste qui aurait le goût et le temps de s'occuper de très près de ces questions-là, ne serait plus aliéniste; il me semble d'ailleurs que nous avons d'autres problèmes à résoudre dans notre propre science. « L'insuffisance personnelle » d'un aliéniste sur la question d'atavisme n'est donc pas une honte, mais une conséquence nécessaire. D'ailleurs, comme le disait le savant professeur Benedikt à Rome, la question de l'atavisme en général est encore bien loin de former un sujet de discussion.

l'odorat, etc. Nous voici malheureusement vis-à-vis de difficultés beaucoup plus grandes que pour les stigmates morphologiques. Toutes les *fonctions* varient déjà beaucoup chez les normaux ; on ne saurait tracer la limite entre le normal et l'anormal. Mais ce qui attire surtout toute notre attention, *c'est que nous n'avons que peu de méthodes exactes pour les mesures*, et que celles qui existent sont en partie si compliquées et demandent tant d'exercice qu'elles exigent des spécialistes pour être bien maniées.

Il me semble donc que c'est du temps perdu quand un aliéniste s'adonne à des études aussi difficiles que spéciales ; il appellera en aide le spécialiste. Pour les *stigmates morphologiques*, au contraire, *qui sont plus faciles à saisir*, il pourra bien les fixer dès qu'il sait lesquels il veut compter. J'ai néanmoins démontré dans mon livre (1) aussi bien qu'ailleurs, *quel rôle la subjectivité joue dans ces recherches*, et que la même série d'hommes examinés par différentes personnes, donnerait probablement des résultats différents. C'est pour cela que j'ai proposé (2) pour les recherches anthropologiques et crimino-anthropologiques quelques méthodes exactes qui nous émancipent autant que possible de la subjectivité. Mais comme ces méthodes sont très minutieuses, l'*aliéniste* ne pourrait guère les employer, car il poursuit un autre but que l'anthropologiste. Pour lui, *les signes de dégénérescence ne sont que d'un intérêt secondaire* ; il n'éparpillera donc pas son temps en minuties qui peuvent seulement intéresser l'anthropologiste, mais *il se contentera d'énumérer en général*

(1) Naecke. Verbrechen u. Wahnsinn beim Weibe, mit Ausblicken auf die criminal Anthropologie überhaupt. Wien u. Leipzig, 1894.

(2) Naecke. Zur Methodologie einer wissenschaftlichen criminal Anthropologie. *Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie*, numéro d'octobre 1893.

les stigmates pour les mettre en rapport avec l'aliénation. Afin que des fautes subjectives soient au minimum, *l'aliéniste ne comptera que les cas prononcés*; mais il devra toujours décrire son procédé pour que le lecteur sache à peu près à quoi s'en tenir. En tout cas, *il devra se servir de la méthode statistique, sur une grande échelle, et s'il est possible, d'une manière comparative, et toujours dans la même race*, comme je l'ai fait et décrit souvent.

Il est vrai que cette méthode a ses défauts comme toute autre, mais on peut les éliminer en grande partie à l'aide de nombreuses précautions. La statistique ressemble à l'épée de Damoclès: mal employée elle n'a aucune valeur, mais interprétée avec soin, elle satisfait tout désir raisonnable. Aussi a-t-elle été suivie jusqu'à présent par tous les observateurs.

Si nous appliquons à présent la statistique à ces études, nous verrons tout d'abord que *les stigmates sont déjà très nombreux parmi les normaux*. Je n'ai trouvé que 3 p. 100 d'entre les gardes-malades du sexe féminin qui en fussent exemptes, et il s'en trouvait ordinairement plusieurs à la fois, combinés. On voit donc *qu'un seul stigmaté n'est d'aucune importance, moins encore spécifique*, d'autant moins qu'il peut se trouver déjà ethniquement. *Ce n'est donc que l'accumulation de ces signes qui peut être de quelque valeur diagnostique et démontrer un état cérébral inférieur, labile (minderwertig).*

Il faudra se demander combien de ces stigmates doivent être réunis, ou plutôt combien de parties du corps doivent en présenter à la fois, puisque déjà 21 p. 100 des femmes normales que j'ai examinées avaient 4 signes, et que chez 29 p. 100, 3 parties du corps en étaient atteintes en même temps. Il faudra donc fixer un certain nombre, disons par exemple 5 signes (dans

le sens ordinaire) sur 4 parties du corps. En tout cas *on voit en général accroître le nombre des stigmates des normaux aux aliénés, aux épileptiques, aux idiots et aux criminels*. Il y a donc quelque connexion entre les stigmates et l'aliénation, etc., et le hasard n'entre qu'en partie dans ces résultats presque unanimes.

De même Knecht (1) a démontré *qu'avec le nombre des stigmates, les maladies nerveuses proprement dites augmentent*, et c'est probablement en partie la cause pour laquelle on trouve tant de stigmates chez les normaux qui souvent ne sont pas normaux du tout.

Il y a toutefois bien des exceptions, comme chacun le sait, et *dans un cas concret il faudra toujours être prudent dans sa conclusion*. Mais dans les cas incertains, les stigmates pourront fournir quelque indice, quelque appui au diagnostic. *Un homme qui présente des signes nombreux de dégénérescence sera toujours suspect pour ce qui concerne son état mental, nerveux ou moral*; il pourra devenir plus facilement, paraît-il, malade de l'esprit, des nerfs, ou bien délinquant.

Si, en somme, nos déductions sont justes, on pourra conclure que dans les formes d'aliénation où l'hérédité joue un rôle important (comme dans la paranoïa), il se trouvera plus de stigmates que, par exemple, dans la paralysie générale, ce qui toutefois doit encore être prouvé par les recherches ultérieures. On est déjà presque sûr que les épileptiques et les idiots présentent le plus de stigmates; cela se voit déjà *a priori*, vu qu'il s'agit chez eux d'états les plus dégénérés. On trouvera peut-être aussi que, plus il y a de stigmates, plus la forme de la psychose sera difficile à guérir.

(1) Knecht. Ueber die Verbreitung physischer Degeneration bei Verbrechern und die Beziehungen zwischen Degenerationzeichen und Neuropathieen. *Laehr's Zeitschr. f. Psych.* etc. Bd. 40.

Je suis d'avis que tous les signes de dégénérescence, autant qu'ils ne sont pas d'origine mécanique, peut-être aussi les vrais atavismes, sont dus à un trouble quelconque de nutrition dans la vie intra-utérine ou plus tard ; ce trouble doit naturellement se montrer chez les descendants par les troubles anatomiques et chimiques, et doit se fixer si le milieu reste le même. Je cherche donc la dernière cause des stigmates dans le milieu.

S'il en est ainsi, nous en devons trouver davantage chez les pauvres que chez les riches, ce qui me semble être le cas ; mais aussi les recherches manquent complètement ici. De plus, nous devons conclure que, *cæteris paribus*, les pauvres sont plus enclins à l'aliénation, etc., que les riches. C'est là aussi un problème des plus intéressants à résoudre et très difficile à manier, car les causes de folie ne sont en général pas du tout aussi simples et sans équivoque, ainsi qu'on le lit toujours dans les manuels.

On pourrait encore soulever d'autres questions ; par exemple : il est connu que bien des soldats deviennent fous comme recrues ; est-ce que ce sont surtout ceux qui ont le plus de signes de dégénérescence ? Je le crois. De même, parmi les enfants, ceux qui portent beaucoup de stigmates sont plus enclins à toute sorte d'anomalies nerveuses et de psychoses que les autres. Cela serait même d'une signification prépondérante, et si c'était prouvé, l'éducation et l'instruction devraient en tirer profit.

Parmi les alcooliques il y a, je crois, plus de porteurs de stigmates qu'ailleurs, ce que l'on comprend déjà *a priori*.

Comme nous avons vu que les types fonctionnels morphologiques des races diverses ont leurs particularités, il serait intéressant de voir si le parallélisme qui existe par exemple chez les Mongoles entre ces deux éléments

se montre aussi en partie quand le type mongoloïde se trouve prononcé plus ou moins chez les Aryens. Ce serait une recherche des plus délicates, mais aussi des plus fertiles, capable d'éclaircir nos idées sur la connexion entre le corps et l'esprit.

Je voudrais enfin fixer l'attention sur certaines anomalies que l'on pourrait bien énumérer parmi les stigmates dans le sens ordinaire et qui sont relativement peu connues, savoir les anomalies des organes internes. C'est surtout le cerveau qui montre quantité de variations déjà à la surface, de sorte que l'on n'a pas encore pu construire jusqu'à présent le type normal. Même les deux hémisphères ne sont pas symétriques. Et pourtant, si l'on compare une série de cerveaux de normaux, d'aliénés, etc., on verra que certaines anomalies de fissures ou des aplasies, ou des hyperplasies de circonvolutions, etc., sont plus rares chez les normaux que chez les autres. On est aussi frappé de voir ces irrégularités accumulées dans les cerveaux des grands criminels que Benedikt a décrits d'une manière si classique. Vu que les fonctions cérébrales dépendent, à ce qu'il paraît, de la quantité des corpuscules ganglionnaires et de leur distribution, il est plus que vraisemblable que la configuration de la surface cérébrale joue un certain rôle, d'autant plus que celle-ci détermine jusqu'à un certain degré aussi la disposition des vaisseaux artériels et veineux.

Pour le moment, de telles recherches systématiques et comparatives, faites en grand nombre, mais toujours dans la même race (puisque la surface cérébrale paraît montrer des différences ethniques) manquent complètement et il faudra bientôt remplir cette lacune (1).

(1) Schloss (Anatomische Studien an Gehirnen Geisteskranker. *Jahrbücher für Psychiatrie* 1894, Bd. 12, 3 Heft) vient d'étudier soigneusement 52 cerveaux d'aliénés, mais ses conclusions me paraissent encore prématurées.

Alors seulement on pourra voir ce qui est vraiment normal ou non, ce qui est d'origine atavique ou pathologique. En poursuivant ces études, on trouvera probablement plus d'anomalies de la surface chez les épileptiques et chez les idiots que chez les autres aliénés, davantage chez ceux-ci que chez les normaux, davantage dans la paranoïa que dans la paralysie générale, peut-être même davantage dans les cas graves de psychose que dans les cas légers. Peut-être même y a-t-il des différences pareilles dans la grandeur et la configuration des parties, des organes internes du cerveau, dans leur proportion mutuelle, etc. Voilà seulement quelques-uns des problèmes à résoudre.

Je crois aussi que l'on trouvera un jour chez les aliénés plus d'anomalies de vaisseaux, de muscles, d'organes internes (des poumons, du foie, du cœur, etc.) que chez les normaux; mais aussi là-dessus nous ne savons que fort peu jusqu'à présent.

Nous autres aliénistes, nous avons donc le devoir de ne pas négliger l'étude des stigmates. J'espère avoir démontré, non seulement leur valeur relative dans l'étude des psychoses, mais aussi quelques-uns des problèmes nombreux qui s'élèvent devant nous.

DE

L'ORIGINE HÉPATIQUE

DE CERTAINS DÉLIRES DES ALCOOLIQUES

Par le D^r M. KLIPPEL

Chef de laboratoire de la Faculté de médecine.

Dans un précédent mémoire (1), envisageant le rôle du foie dans la pathogénie du délire, nous avons tenté d'établir que cet organe, lésé par l'alcool, pouvait intervenir à son tour dans la production des troubles mentaux.

Il est bien rare, si cela est même possible, qu'un malade alcoolique et délirant n'offre pas à l'autopsie des lésions hépatiques. Celles-ci sont souvent profondes. Si cette constatation n'a pas été faite depuis longtemps, cela tient sans doute, non à l'absence de lésions, mais à leur nature. La cellule hépatique peut être profondément atteinte dans sa fonction, sans qu'il y ait de grosses lésions à l'œil nu, telles que l'atrophie ou la cirrhose veineuse, et partant, sans ascite; cette lésion de l'élément actif, la cellule hépatique, suffit à créer l'insuffisance du foie, ce qui équivaut à une auto-intoxication.

D'autre part, la présence de ces mêmes lésions, peut-être à l'intensité près, existant chez des sujets n'ayant pas de délire, semblait un argument propre à faire con-

(1) Klippel. Insuffisance hépatique dans les maladies mentales. Folie hépatique. *Arch. génér. de méd.*, août et septembre 1892.

sidérer les altérations du foie comme une pure coïncidence.

Il n'en est rien cependant dans bien des cas, car il faut toujours faire la part de la prédisposition des malades.

Le foie est insuffisant, la cellule hépatique altérée ne joue plus vis-à-vis des poisons organiques son rôle de préservation; la cellule hépatique s'est détruite sous l'influence de l'alcool en amoindrissant l'action nocive du toxique sur les autres tissus et en préservant plus ou moins l'organisme : voilà la première étape.

Actuellement sa destruction crée un danger nouveau dont l'alcool n'est plus que la cause éloignée et secondaire.

L'alcool peut avoir terminé depuis longtemps son rôle nocif dans l'économie. Mais le foie reste lésé; ses lésions s'effectuent sourdement, et brusquement l'insuffisance éclate à son heure, comme l'urémie rénale éclate subitement au cours d'une lésion des reins restée plus ou moins latente ou complètement silencieuse pendant une longue période.

Le malade, soumis à l'abstinence depuis longtemps, était d'abord un *alcoolique*; il est maintenant un *hépatique*.

Il délire comme prédisposé, il délire comme atteint de lésions cérébrales créées par l'alcool, mais il délire surtout, comme frappé dans son foie devenu insuffisant. Le pronostic de sa maladie comme son traitement relève de l'état de la cellule hépatique.

Le foie à lui seul peut créer le délire. Le délire hépatique n'est pas seulement lié aux lésions du foie d'origine alcoolique. Dans l'intoxication par le phosphore avec destruction du foie et délire consécutif non à l'ingestion immédiate du poison, mais à la destruction du parenchyme hépatique, et dans toutes les lésions primi-

tives et destructives de cet organe (folie hépatique), on observe le délire, quelquefois même avec une prédisposition au délire qui échappe, qui n'apparaît ni dans l'hérédité du malade, ni dans ses antécédents jusqu'à ce jour.

Chez l'alcoolique, qui seul nous occupe ici, l'état du foie nous a paru avoir une importance prépondérante dans la pathogénie de certains délires.

L'observation qui suit, en nous montrant une malade atteinte de troubles, attestant une intoxication chronique par l'alcool avec les symptômes cérébraux que comporte cette intoxication dans ses formes légères et offrant brusquement un délire d'une autre forme, un délire faisant songer d'abord à un délire fébrile, tandis que d'autre part l'autopsie nous démontrait une destruction complète du foie, nous a paru un exemple remarquable et venant corroborer les faits que nous citions dans notre premier travail.

Ce qu'il y a, en effet, de frappant dans ce cas, c'est le changement brusque de la symptomatologie, c'est ce délire aigu avec confusion mentale succédant à des accidents à évolution lente, c'est ce délire à allures graves entraînant un pronostic sérieux au cours d'une affection chronique, sans gravité immédiate. C'est la brusque intervention de l'auto-intoxication d'origine hépatique donnant aux symptômes une face nouvelle. Si bien que l'on pourrait comparer ces accidents aigus d'origine hépatique à ceux du *delirium tremens*, dans sa forme classique, qui se développent chez des malades de la même catégorie, mais à l'occasion d'une cause différente.

Multiplés et variables sont les facteurs qui commandent les délires des alcooliques.

L'alcool introduit dans l'économie y crée des lésions à déterminations surtout cérébrales et hépatiques. Pendant une première période, le malade n'est qu'un alcoo-

lique, un intoxiqué de cause externe. Ensuite ces lésions se poursuivent insidieusement et le placent sous le coup d'accidents variables qui dérivent de ces lésions définitivement constituées. Un tel sujet deviendra facilement un méningitique, un pneumonique, un brightique, et aussi, fait que nous soulignons, un hépatique.

Le délire alcoolique se transforme alors, il devient un délire méningitique, ou fébrile, ou urémique, ou hépatique. La méningite ou l'encéphalite aiguë transforme l'alcoolique en malade atteint de *delirium tremens*; l'encéphalite chronique (paralysie générale associée) le transforme en paralytique général.

Le délire hépatique des alcooliques n'est pas plus le délire alcoolique que le délire de la paralysie générale, évoluant chez ces malades, n'est le délire alcoolique lui-même.

Cette seule comparaison, prise dans toute sa rigueur, suffit à montrer comment nous considérons chez l'alcoolique le délire d'origine hépatique. Elle fixe l'importance de l'alcool comme cause première, elle établit la nature pathogénique des troubles mentaux : ce sont des troubles para-alcooliques. Ils impliquent d'autres lésions, changent le pronostic et modifient le traitement.

En étudiant la pathogénie des délires des alcooliques (1), nous avons déjà eu l'occasion d'insister sur les lésions d'organes constituant des maladies différentes, nées sous l'empire de la même cause et produisant toutes le délire, grâce en partie à la prédisposition commandée par les lésions cérébrales (dégénérescence graisseuse des capillaires et des cellules de l'écorce), dues à l'alcool lui-même.

Mais en ce qui concerne le foie, il paraît invariablement jouer un rôle chez les alcooliques délirants, c'est-à-

(1) Congrès de La Rochelle, 1893.

dire même en dehors des cas de délire par la seule insuffisance hépatique.

C'est ainsi que nous avons observé deux cas de delirium tremens par hyperémie exsudative et par inflammation méningée, dans lequel le foie était lésé profondément. Dans la paralysie générale des alcooliques il est constant d'observer des lésions hépatiques, parmi lesquelles la cirrhose à granulations et à atrophie du foie, sans ascite.

Cette absence habituelle d'ascite dans les formes d'hépatite cirrhotique des délirants alcooliques est un point fort remarquable et sur lequel nous avons déjà eu l'occasion d'appeler l'attention.

Ces lésions cirrhotiques ou autres permettent, à l'autopsie des paralytiques généraux, de soupçonner une origine alcoolique, si déjà leurs antécédents ne l'avaient établie. D'ailleurs, l'examen histologique du cerveau vient confirmer cette manière de voir, en montrant associées les lésions de l'alcoolisme et de la paralysie générale.

Tous ces faits démontrent qu'au cours des délires alcooliques le foie offre constamment un certain intérêt. Dans les cas comme celui dont nous donnons maintenant la relation, tout ou presque tout converge de son côté.

OBSERVATION D'UN CAS DE DÉLIRE AIGU AVEC CONFUSION MENTALE SURVENANT AU COURS D'UNE AFFECTION HÉPATIQUE DESTRUCTIVE (1).

La malade qui nous intéresse, âgée de quarante et un ans, était fille d'un père alcoolique et syphilitique, mère de deux enfants, l'un né à terme et mort, huit mois après, de convulsions; l'autre, né à sept mois, n'ayant vécu que quelques heures.

(1) Nous devons cette observation clinique à l'obligeance de M. Le Filliâtre, interne distingué des asiles.

Elle avait eu une fièvre typhoïde à dix-huit ans, en était très affaiblie au point de vue intellectuel, une bronchite à vingt-huit ans, mal soignée; hémoptysies (?) il y a trois ans, au nombre de sept, en quelques mois.

Réglée à vingt et un ans seulement.

Depuis son bas âge on l'avait habituée à boire de l'eau-de-vie de marc, habitude qu'elle avait conservée.

Faisant habituellement usage de boissons alcooliques, il y a dix ans, lors de son mariage, son mari avait noté chez elle des cauchemars la nuit; parfois des idées sombres et des idées vagues de suicide, des hallucinations de la vue (toute éveillée elle voyait des serpents, des rats, des chiens, des objets imaginaires). Ces signes, d'après lui, devaient déjà exister avant leur union.

Depuis cinq ans, vomissements glaireux tous les matins à son réveil. Depuis son mariage elle prenait tous les matins un verre de vulnéraire, buvait un demi-litre de vin et quelquefois plus à chaque repas, prenait habituellement son café avec un petit verre d'eau-de-vie de marc. Cependant jamais elle ne s'est livrée à de grands excès.

Depuis un mois avant son entrée à l'asile, se sentant fatiguée, elle buvait quelques grogs par jour.

En somme, ce que nous devons surtout retenir chez cette malade, c'est qu'elle était *alcoolique de vieille date*.

En outre de ces symptômes d'alcoolisme, cauchemars, hallucinations de la vue, pituites, la malade L... présentait, depuis deux ans et par intervalles, des défaillances dans la mémoire. « Était-on venu demander son mari, elle oubliait de le lui dire; sortait-elle pour acheter quelque chose, elle oubliait de l'acheter. »

Tels sont les symptômes qu'a présentés cette malade, jusqu'au moment où a éclaté le délire aigu qui va maintenant nous occuper.

Le 15 novembre 1893, la malade en déjeunant devient subitement triste; elle eût avoir mal agi envers son mari, elle se met à genoux, lui demande de lui pardonner tout le mal qu'elle lui a fait, se met à pleurer.

Cet état mélancolique persiste pendant une heure et fait place à un délire aigu à forme maniaque.

La malade se met à crier, à chanter des phrases incohérentes, des mots sans suite, pleure par intervalles et compte depuis 1 jusqu'à 50 plusieurs fois de suite, sans suivre la série des chiffres, elle marmotte des paroles sans ordre, s'agite sur

son lit, présente par intervalles des mouvements de carphologie et ne distingue plus rien de son entourage.

Toute la nuit du 15 novembre, cet état persiste, son mari est obligé de la veiller et de la maintenir dans son lit. Pas de fièvre : le pouls bat à 75 par minute.

Le 16 novembre, son mari voyant que sa femme ne mangeait plus, que son état délirant ne changeait pas, fait appeler un médecin ; celui-ci ordonne du bromure à haute dose.

Le 17 novembre, le médecin de la famille voyant qu'il n'y avait aucune modification dans l'état de sa malade, demande en consultation un médecin aliéniste.

Pendant la nuit du 17 novembre, l'insomnie continue ; même état d'agitation.

Le 18 novembre, la malade est vue chez elle par M. le docteur Vallon qui a bien voulu nous communiquer le résultat de son examen clinique.

Pas de fièvre, la peau était fraîche, le pouls un peu fréquent à 90.

Rien à l'auscultation.

L'état de la malade était celui qu'on observe dans un accès de délire aigu avec confusion mentale.

On pouvait songer à un délire fébrile devant ce tableau clinique, mais la fièvre n'existait pas, et l'examen des poumons n'avait pas révélé de lésions.

Dans ces conditions, M. Vallon délivre le certificat suivant : « Etat d'excitation cérébrale prenant par moment les caractères d'excitation maniaque ; désordre dans les actes et les idées, loquacité, propos incohérents.

« Elle pousse des hurlements qui éveillent l'attention des voisins et rendent très pénible l'existence des personnes qui l'entourent. »

L'agitation et l'insomnie continuent. Notons jusqu'ici que la malade n'avait rien présenté du côté des poumons.

Le 19 novembre, la malade est amenée à Sainte-Anne ; à son arrivée, nous constatons un état dyspnéique des plus marqués, les lèvres et les pommettes sont cyanosées, les extrémités violacées, les veines du cou gonflées. Le pouls était rapide, petit et irrégulier, battant à 115 par minute, la température était de 38°,6 le soir à sept heures.

L'examen des poumons révèle des râles disséminés, et ça et là de la rudesse respiratoire ; pas d'œdème des membres inférieurs.

Circulation veineuse collatérale abdominale très marquée. Le foie à la percussion paraît un peu diminué de volume.

Les signes psychiques ont fait place à un état sub-comateux dont on tire difficilement la malade.

La mort arrive le 20 novembre à cinq heures du soir.

Avec cet ensemble des signes et cette évolution de la maladie, le diagnostic clinique ne laissait pas que d'offrir de grandes difficultés.

Sans doute la circulation collatérale, développée au niveau des viscères abdominales, et la diminution du volume du foie pouvaient faire soupçonner un délire d'origine hépatique. Mais ces signes étaient insuffisants pour comporter une affirmation nette. Quant aux signes de l'insuffisance hépatique, la rapidité de la marche de l'affection, à partir de son entrée à l'hôpital, ne nous a pas permis d'en faire la recherche. Nul doute que nous eussions pu les établir dans toute leur netteté, puisque l'autopsie devait révéler une lésion profonde, étendue et destructive du parenchyme du foie, comportant l'abolition de la fonction bio-chimique et préservatrice de la cellule hépatique.

Les antécédents alcooliques de la malade devaient nécessairement faire songer à une attaque de *delirium tremens*. Mais il manquait la fièvre, le tremblement et la prédominance des hallucinations de la vue. Et, tout ce que l'on pouvait affirmer, c'était la présence d'un accès délirant au cours d'un alcoolisme dont les signes antérieurs avaient éveillé la notion. Il était difficile d'indiquer la lésion nouvelle qui commandait ce délire.

En présence des antécédents alcooliques, de la circulation veineuse collatérale, abdominale, d'un foie un peu diminué de volume, il était permis néanmoins de supposer que ce délire à début brusque, apyrétique, à forme maniaque, auquel conviendrait peut-être mieux le

nom de *confusion mentale*, n'était qu'un délire *toxique secondaire* à une *lésion hépatique*, ce que l'autopsie nous a permis de vérifier.

AUTOPSIE FAITE LE 22 NOVEMBRE 1893.

Cerveau. — Les méninges présentent de la congestion oedémateuse.

La désortication du cerveau est facile et ne laisse aucune érosion, aucun dépoli. Les circonvolutions sont bien développées ; la troisième frontale des deux côtés offre des plis supplémentaires, la scissure de Sylvius est très large, laissant bien voir l'insula, bien que le cerveau ait conservé sa consistance normale. On remarque d'ailleurs que cette scissure se prolonge en continuité directe dans le lobe pariétal. Cette anomalie existe des deux côtés.

A la coupe le cerveau est sain. Les vaisseaux sont légèrement congestionnés.

Les ventricules sont normaux.

Il n'y a pas d'athérome des artères de la base du crâne.

Le bulbe et le cervellet n'offrent rien de remarquable.

La moelle n'a pas été examinée.

Poumon. — Des deux côtés il existe de la congestion marquée. Du côté droit, il y a de plus des adhérences blanches, filamenteuses, d'aspect fibreux et anciennes. De plus, au sommet, on remarque un petit nodule dur et blanchâtre, qui paraît être la transformation scléreuse d'un ancien noyau tuberculeux. Pas d'autres lésions tuberculeuses.

Cœur. — Il est assez volumineux, mou, flasque, sans lésion d'orifice autre que la dilatation due à l'état flasque du myocarde.

Foie. — Il se présente avec des caractères particuliers qui attestent à première vue une altération profonde du parenchyme. La décoloration y est complète et offre la teinte jaune paille.

Le volume de l'organe semble au-dessous de la normale, son poids n'est que de 1250 grammes.

La forme est bien conservée sans irrégularités à la surface, sans épaissement de la capsule qui est transparente, sans nodules de cirrhose.

La coloration jaune paille est uniforme et ne permet pas de distinguer de points rouges, répondant aux veines centrales du

lobule. L'ischémie est complète; sur les coupes il ne s'écoule pas de sang, et la coloration ainsi que l'aspect sont les mêmes qu'à la surface.

La consistance du parenchyme est flasque et pâteuse, et l'ongle pénètre facilement dans la substance hépatique.

Il ne paraît pas y avoir de cirrhose, mais seulement une dégénérescence profonde observée sur toute l'étendue de l'organe.

La rate est petite avec une capsule épaisse, de consistance plutôt ferme.

Les reins ont un volume moyen. La substance corticale est bien développée; sa coloration est plutôt pâle avec des arborisations vasculaires. La décortication est normale. La surface est lisse.

La substance médullaire a une couleur rougeâtre.

Le tissu cellulaire des membres et du tronc présente une adiposité assez marquée. Pas d'infiltration.

Examen histologique du foie.

1° *Examen des cellules hépatiques par dissociation.* — Les cellules ont une forme qui, le plus souvent, est parfaitement ronde. Leur volume est très variable de l'une à l'autre. Tantôt elles sont beaucoup plus grosses que normalement, tantôt plus petites.

Elles offrent deux aspects différents :

Les unes ont un protoplasma clair et hyalin dans lequel on voit : 1° de grosses granulations vertes, 2° des granulations moyennes qui sont ocreuses, 3° des granulations plus petites qui sont noires.

Ces différentes couleurs tranchent les unes sur les autres et sur le protoplasma de la cellule, qui est clair et hyalin.

Aucun noyau n'est visible dans ces éléments.

Les autres sont des cellules transformées en grosses vésicules adipeuses. Dans beaucoup on voit de noyau. Ou bien ce sont des cellules remplies de fines granulations grasses manquant complètement le noyau. Ce dernier peut être reconnu cependant dans quelques-unes de ces cellules après action de l'alcool.

2° *Examen du foie sur les coupes histologiques.* Ce qui frappe tout d'abord c'est l'état de dégénérescence grasseuse qui l'emporte sur l'altération granulo-pigmentaire.

Le lobule hépatique est en état de dégénérescence grasseuse

totale. Les cellules sont transformées en vésicules adipeuses; cette lésion atteint partout le même degré, de sorte que le lobule n'est plus distinct que par la présence des vaisseaux sus-hépatiques au centre du lobule dégénéré et des vaisseaux portes à la périphérie.

On ne distingue pas de zone péri-sus-hépatique de cellules hépatiques normales; de sorte qu'on n'a pas l'aspect du lobule hépatique interverti : le lobule hépatique est frappé en masse.

Dans beaucoup de cellules on trouve encore un noyau distinct et refoulé à la périphérie du protoplasma par la goutte graisseuse qui le remplit tout entier.

Au milieu de cette transformation on rencontre encore quelques cellules ayant un autre aspect.

Celles-ci sont hyalines et contiennent de fines gouttelettes graisseuses, des blocs de pigment de coloration olive, des amas granuleux et irréguliers de pigment brun rouge.

Les noyaux sont atrophiés ou absents dans ces cellules, ou masqués par les amas granuleux.

Les vaisseaux capillaires du lobule sont exsangues.

Les veines sus-hépatiques et les veines-portes paraissent saines.

Dans quelques points seulement on voit un certain degré d'inflammation récente caractérisée par des cellules embryonnaires.

Les canaux biliaires contiennent quelques infarctus biliaires et offrent de la tuméfaction des endothéliums.

Ce qui, en résumé, caractérise la lésion, c'est la diffusion des lésions de la cellule hépatique, non seulement envisagée par rapport au lobule, mais aussi par rapport au foie tout entier.

Examen histologique des centres nerveux.

On ne trouve dans le cerveau aucune lésion inflammatoire ni scléreuse. Mais les vaisseaux et les cellules corticales présentent de la dégénérescence graisseuse, caractérisée dans les vaisseaux par des amas granuleux pigmentaires et graisseux, et dans les cellules par ces mêmes granulations occupant le protoplasma et s'accompagnant d'un certain degré d'atrophie, des éléments nobles. Les tubes nerveux de l'écorce et de la substance blanche sont à peu près sains.

Ces lésions cérébrales sont, de toute évidence, de date assez ancienne.

Établissements d'aliénés.

HOPITAL D'ALCOOLISÉS

par le D^r ROUBY, de Dôle.

Directeur de la maison de santé d'Alger.

Au Congrès de Clermont-Ferrand, M. le D^r Deschamps, conseiller général de la Seine, a demandé aux médecins aliénistes un programme à suivre pour l'édification, à Ville-Evrard, d'un asile d'alcoolisés, dont le principe et les fonds d'établissement ont été votés par la ville de Paris. La nécessité d'asiles d'alcooliques en France a été reconnue par l'unanimité des membres présents au Congrès, et nous devons féliciter le Conseil général de la Seine et M. Deschamps, en particulier, son inspirateur dans cette circonstance, d'avoir pris l'initiative de créer le premier asile de ce genre dans notre pays,

Dans les questions posées par M. Deschamps, il s'en trouve trois qui intéressent les aliénistes :

1^o Quelle est la catégorie d'alcooliques qu'il conviendrait d'interner dans cet asile spécial ?

2^o L'édification de cet asile doit-elle être différente de celle des autres asiles d'aliénés ?

3^o Les services généraux peuvent-ils convenir à la fois à un asile d'aliénés et à un asile spécial d'alcooliques ?

Pour expliquer cette troisième question, il est utile de

dire à nos confrères qui n'ont pas assisté au Congrès de Clermont-Ferrand, que la somme de plus de 4,500,000 francs, votée par la Seine, doit servir à la construction de deux asiles placés l'un près de l'autre, dans la même propriété, l'un servant d'asile à des aliénées-femmes, l'autre à un hôpital d'ivrognes.

M'étant occupé de cette question, en voulant fonder moi-même une petite colonie d'alcoolisés dans ma maison de santé d'Alger, je me suis intéressé à ce projet d'hôpital d'ivrognes, et j'ai pensé que peut-être je pourrais apporter une pierre à cet édifice futur, en disant comment je le comprends.

1^o *Quelle est la catégorie d'alcooliques qu'il convient d'interner dans cet asile spécial?* — Cet hôpital n'est pas créé pour les ivrognes intermittents, comme sont les ouvriers ou autres personnes qui se grisent les jours de paye, sans commettre de délits, du reste, et qui, les jours suivants, se remettent au travail sans plus aller au cabaret, ou du moins, sans y laisser leur raison. Cet hospice est créé pour ceux que j'appellerais des ivrognes de profession, qui boivent avec excès tous les jours, qui dépensent au cabaret toutes leurs ressources, qui pensent et n'agissent que dans un seul but, celui de se procurer et de boire de l'alcool, quelle qu'en soit la forme, eau-de-vie, absinthe ou vin, etc. ; ceux que la police ramasse fréquemment dans les rues, et que reçoivent pour quelques semaines, tantôt l'asile d'aliénés, tantôt la prison, lesquels ne tardent pas à les remettre en liberté sans s'inquiéter des rechutes à bref délai. On recevra principalement parmi ces alcooliques, les dangereux pendant l'accès d'ivresse, ceux qui ont le vin mauvais, pour employer une expression vulgaire.

Cet hospice ne recevra pas les aliénés devenus malades sous l'influence de l'alcool ; ils se distinguent des alcooliques proprement dits, parce que chez ces derniers

tous les symptômes cessent avec l'abstinence, tandis que chez les premiers l'abstinence ne fait ni diminuer, ni cesser la folie, du moins aussi rapidement.

Devra-t-on recevoir les alcooliques au moment de la période d'excitation, c'est-à-dire ceux atteints de folie alcoolique aiguë, de *delirium tremens*, de forme maniaque fébrile? Nous pensons que si on admettait ces alcooliques dans cette première période, il faudrait, dans ce nouvel hôpital, élever un bâtiment spécial analogue à un quartier d'aliénés, pour les contenir et leur donner des soins spéciaux; que cela augmenterait beaucoup les dépenses, diminuerait le nombre des pensionnaires, compliquerait le service, et enlèverait l'unité de traitement que tous les internés doivent recevoir. Comme la période aiguë évolue dans un temps relativement court, une ou deux semaines au minimum, un mois ou deux au maximum, et que, sous l'influence seule de l'internement avec privation d'alcools, la maladie prend fin, il nous semble qu'il vaut mieux que ces agités restent soit à Sainte-Anne, soit ailleurs, pendant cette période d'aliénation et qu'ils soient transférés à l'asile seulement lorsqu'ils n'ont plus qu'à subir le traitement de l'abstinence.

On pourra recevoir les épileptiques, lorsque les crises seront causées uniquement par l'usage de l'absinthe et des liqueurs épileptogènes, lorsqu'on supposera ces buveurs facilement curables par l'abstinence complète de ces produits; ils seront renvoyés de l'établissement, si l'on voit que les crises persistent après deux mois de traitement.

On ne recevra pas les voleurs ni autres délinquants, lors même qu'ils sont buveurs; l'hôpital ne doit pas être un lieu de répression, prison ou maison de correction, mais un lieu de traitement. Les buveurs internés seront tous des irresponsables *momentanés*, c'est-à-dire ayant

commis leurs actes *répréhensibles* (s'ils en ont commis), dans la seule période d'ivresse.

A cette première question de la catégorie d'alcooliques qu'il convient de recevoir, se rattache la question de la durée du traitement. Cet hôpital est créé pour l'assistance des alcooliques : il a pour but spécial le traitement et la guérison de ces malades, guérison non seulement momentanée, mais encore définitive.

Ce n'est donc pas un dépôt où l'on place les ivrognes ramassés sur la voie publique, que l'on garde assez longtemps pour laisser évaporer les fumées de l'alcool, et que, la raison revenue, on rejette dans la rue sans s'inquiéter de la rechute inévitable. Non, on veut la guérison vraie, sans rechute. Tel est le but du nouvel hôpital. Pour obtenir cette guérison définitive, il faut, non seulement que le malade ait recouvré sa raison, mais encore, qu'il soit devenu indifférent au vin et à l'alcool ; il faut qu'il arrive à *avoir le goût de l'eau*, de manière que, rentré chez lui, il conserve l'habitude acquise de vivre comme à l'hôpital, et qu'il ait assez de volonté pour résister à son ancien penchant pour les boissons alcooliques.

Pour arriver à ce résultat, il faut :

Un séjour prolongé.

Comment faire pour obtenir ce séjour prolongé.

Nous l'obtiendrons en nous servant du malade lui-même, en nous faisant aider par la famille, en demandant le concours de la magistrature. Pour le malade, nous agirons sur lui, en le persuadant de la nécessité d'être enfermé, en ne cessant de le traiter avec douceur, non comme un prisonnier, mais comme un ami qu'on veut sauver. Pendant les premiers mois, on ne cessera de lui vanter les bienfaits du traitement, de lui dénigrer la vie de liberté qu'il menait, pendant laquelle il ruinait, lui et les siens. « Pendant qu'il était libre de boire,

lui dira-t-on, il pouvait commettre des crimes horribles, vols, blessures, assassinats; s'il n'en était pas responsable, puisque dans le moment il avait perdu la raison, il était responsable de l'ivresse qui avait fait commettre ces actes. Il était pire qu'une brute à l'état de liberté; dans l'asile, au contraire, il redeviendra un homme jouissant de son intelligence et de ses autres facultés. Loin de vouloir lui nuire, on s'occupe de lui, on désire le sauver, on veut qu'il soit heureux plus tard; c'est un sentiment élevé de fraternité humaine qui inspire les fondateurs de l'asile, et qui guide aujourd'hui tous les employés de l'établissement, depuis le directeur jusqu'au dernier gardien. On lui demande à lui de la bonne volonté pour aider ses sauveteurs à le réhabiliter; c'est par amitié qu'on réclame de lui le sacrifice de sa liberté pendant quelques mois. »

Quant aux parents du malade, ils doivent signer à l'entrée un engagement de ne pas demander la sortie, quel que soit l'état apparent du malade, et de se conformer exactement à l'avis du médecin. Si la famille, ou du moins le parent le plus rapproché, celui qui a le droit de le placer, d'après la loi de 1838, refuse de donner ce consentement, le malade ne sera pas admis. Il est inutile que l'assistance publique dépense de l'argent pour traiter un malade qui retombera fatalement dans l'ivrognerie quelques jours après sa sortie, son cerveau non encore débarrassé de l'alcool qui l'imprégnait, étant trop faible pour résister à la tentation. « Notre hôpital, comme disait avec esprit le D^r Vallon, ne doit pas être pour les ivrognes comme un violon où les malades ne font que passer. »

Il peut se faire qu'une demande d'élargissement soit adressée au président du tribunal de l'arrondissement, et que le malade soit appelé à être examiné en chambre du conseil; il serait alors élargi, et le résultat obtenu

jusqu'à ce moment complètement anéanti, si les membres du tribunal ne comprenaient pas la loi de 1838 d'une façon élevée, et ne regardaient pas l'esprit du texte plutôt que la lettre. Il s'agit, en effet, de guérir de pauvres malheureux, non seulement de leur manque de raison, symptôme secondaire de leur maladie dans le cas présent, mais encore de leur dipsomanie, c'est-à-dire de la force invincible qui les pousse à boire; interrompre le traitement, rendre ces alcooliques à la liberté et aussi à leur impulsion malade, c'est commettre envers eux un véritable crime; des magistrats intelligents ne peuvent s'en rendre coupables.

Si pourtant la mise en liberté des malades se produisait malgré l'avis des médecins, comme l'hôpital n'aurait plus de raison d'être, la guérison ne pouvant s'effectuer faute d'un traitement assez prolongé, on devrait demander aux pouvoirs publics un article additionnel à la loi de 1838, qui permette de conserver les ivrognes en traitement le temps nécessaire à leur guérison. Les résultats curatifs dépendent du temps qu'aura duré l'abstinence: le médecin doit être seul juge, pour chaque malade en particulier, de la durée indispensable du traitement: il faut qu'il lui soit permis de garder, même deux années, un alcoolique, si cela est nécessaire à sa guérison (1).

Comme l'hôpital n'est pas un asile d'incurables, mais une maison de traitement, après un maximum de deux années de séjour, le malade sera rendu à sa famille, lors même qu'il n'est pas guéri, et qu'on prévoit une rechute à délai plus ou moins bref. Dans ce cas, l'hôpital ne le reprend plus, même pendant quelques semaines, par la raison dite plus haut, que le malade pouvant être consi-

(1) Pour ne rien changer à la loi de 1838, on pourrait demander un article additionnel à la loi sur l'ivresse.

déré comme incurable, sa place n'est plus dans un hôpital de traitement.

La seconde question posée par M. le D^r Deschamps est celle-ci :

2° *L'édification de l'asile doit-elle être différente de celle des autres asiles d'aliénés ?*

Nous répondrons tout d'abord oui à cette question. Mais, en la traitant, nous trouverons sur notre chemin et nous l'aborderons, la troisième question :

3° *Les services généraux peuvent-ils être communs à un asile d'aliénés et à un hôpital spécial d'alcoolisés.*

Nous répondons immédiatement non à cette dernière demande.

Edification de l'asile. — Je me suppose chargé de la création de cet hôpital ; je vais décrire ce que je crois utile de faire, commençant par le choix de l'emplacement, continuant par la disposition générale de l'asile, le choix du personnel, le régime intérieur, et enfin par le traitement des malades ; en route, les deux questions de M. Deschamps seront élucidées.

Choix de l'emplacement. — Pour le choix de l'emplacement, il faut se guider sur deux principes :

1° Empêcher qu'aucune boisson fermentée ne soit introduite dans l'asile.

2° Donner du travail à une population de 500 personnes valides environ, dans le cas particulier de Ville-Evrard.

Pour obtenir le premier résultat, l'établissement devra vivre de sa propre autonomie, c'est-à-dire n'avoir rien de commun avec un asile voisin. Par exemple, dans le cas présent, l'asile d'ivrognes et l'asile d'aliénées femmes de Ville-Evrard seront dans le voisinage, mais devront être construits le plus loin possible l'un de l'autre ; la porte d'entrée de l'un des établissements sera à l'antipode de celle de l'autre, si c'est possible ;

ils n'auront rien de commun, ni cuisines, ni lavoirs, ni ferme, etc.; on agira comme si l'asile d'ivrognes était créé par le département de la Seine, et l'asile d'aliénés par celui de Seine-et-Marne. Il faut qu'il n'y ait aucun motif de rapprochement entre les employés des divers asiles; si un seul service est commun entre les deux asiles, c'est par là que passera le vin, l'alcool, la bière, etc., dont on veut une abstention complète dans l'une des maisons. Si le vin peut entrer, il sera bu; si les employés en boivent, les malades ne tarderont pas à en boire aussi. Un commerce clandestin s'établira; or, il faut que tout canal de communication soit bouché entre les deux asiles, ou les maisons voisines — de là, nécessité de faire un établissement complètement autouome, isolé au moins de 300 mètres de tout autre.

Notre emplacement choisi remplit la première condition, celle de former, par son isolement, obstacle à l'introduction des liquides; la seconde condition à remplir est de donner aux malades des moyens de travail; le plus important et le plus utile qu'on puisse leur donner, c'est la culture de la terre, grande culture et culture maraîchère.

Nous parlerons plus tard du travail comme moyen de traitement; pour le moment nous n'avons à nous occuper que du terrain nécessaire. Il semble que 100 hectares peuvent être utilisés par les malades travailleurs qui seront très nombreux; sur cette quantité d'hectares, sera pris l'espace nécessaire pour les bâtiments, les cours, les préaux, les jardins et les parcs d'agrément, soit 20 hectares environ. Il est bien entendu que dans l'emplacement choisi, il y a des sources ou des rivières ou des prises d'eau en quantité largement suffisante pour assurer non seulement l'alimentation, mais encore tous les services généraux, bains, lavoirs, arrosages, etc.

Disposition générale de l'asile. — Pour la, disposi-

tion générale de l'asile comme pour le choix de l'établissement, tout doit tourner autour du but principal, empêcher l'introduction de l'alcool.

Nous allons étudier successivement :

1° *Le mur extérieur.* — Un mur extérieur régnera autour de la propriété et l'enfermera complètement ; Il aura si la propriété est carrée, 4 kilomètres de longueur. Il sera placé au fond d'un sant-de-loup de 2 m. 50 existant de chaque côté.

Le mur, du fond du sant-de-loup à la crête, aura 5 mètres de hauteur ; la hauteur apparente sera donc de 2 m. 50 et ne lui donnera pas l'apparence d'un mur de prison.

Malgré l'élévation du chiffre de cette dépense, ce mur est absolument nécessaire, il nous semble ; on ne peut compter sur rien de précis dans le traitement, si on doit conduire les travailleurs dans des champs au dehors où ils peuvent communiquer de toute façon avec des étrangers et entretenir ainsi facilement des relations alcooliques et vinicoles.

Le sant-de-loup ne sera pas brusque à l'intérieur ; il aura une pente douce de 15 mètres environ, semée d'herbes ; pour éviter un travail inutile de déblaiement à l'extérieur, on le fera à angle aussi aigu que possible.

Ce mur de 5 mètres par sa hauteur arrêtera toute évasion ; il empêchera toute communication avec l'extérieur par sa disposition au fond d'un fossé et enfin il ne sera pas désolant à voir par son peu de hauteur apparente, qui ne masquera pas les campagnes environnantes. Dans un espace de 200 mètres environ de chaque côté de la grille d'entrée, il aura 5 mètres de hauteur ; à l'extérieur, le sant-de-loup se continuera jusqu'à la grille, en sorte qu'extérieurement dans cette partie, le mur aura 7 m. 50 de hauteur vraie.

2° *L'entrée.* — La grille et la petite porte d'entrée

seront construites de telle sorte que toute évasion et toute introduction frauduleuse de liquide soient empêchée, c'est-à-dire que ces deux portes seront pleines ; si elles ne le sont pas, le tissu de fer sera assez serré pour ne permettre l'introduction d'aucun paquet, si peu volumineux soit-il.

Il n'y aura qu'une entrée, et qu'un seul concierge ; une grande grille pour les voitures ; la petite porte, celle qu'on ouvre à chaque instant, s'ouvrira dans la conciergerie même, dans un couloir, où il sera facile d'examiner les personnes suspectes.

Entre la conciergerie et l'administration, se trouvera une vaste salle de dépôt, où tout ce qui est nécessaire à l'asile sera déposé par les fournisseurs, sans qu'il soit nécessaire qu'ils se promènent dans les divers quartiers de la maison pour les y apporter. Les fournisseurs seront admis à certaines heures ; leurs marchandises reçues par un employé spécial de l'économat. Elles seront distribuées à d'autres heures par une équipe de malades ou d'employés à l'économat, à la cuisine et ailleurs. Il n'y aura de cette façon aucun contact entre les malades et les fournisseurs de l'asile. Pour en terminer avec les fournisseurs, dans les marchés signés avec eux, une clause sera introduite par laquelle ils s'engageront à payer 50 francs d'amende, si eux ou quelques-uns de leurs employés apportent dans la maison, vin ou alcool ou n'importe quelle boisson fermentée ; l'amende sera doublée à chaque récidive.

Les visites des malades auront lieu une fois par quinzaine, le dimanche ; ne seront admis que ceux que le malade désirera voir, et dont il donnera les noms sur une liste au moment de son admission ; les personnes surprises à faire de la contrebande seront rayées de la liste et ne pourront plus rentrer dans l'établissement.

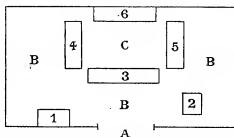
Disposition des bâtiments. — Un hospice d'ivrognes

ne doit pas être un hôpital d'invalides de la guerre ; rien de moins glorieux que le vice qui amènera là de tristes habitants ; il ne faut donc pas songer, pour le plan du bâtiment, à quelque construction qui éclate comme une fanfare, dont on aperçoive au loin le dôme et les tourelles rappelant aux passants quelque chose de brillant ou de grandiose. La plaie de l'ivresse que nous voulons guérir n'est pas belle à voir, et comme on cache sous des bandages une plaie véritable, nous cachons notre asile au milieu de la verdure, dans un lieu retiré. Rien dans l'aspect des bâtiments n'attirera le regard ; nous en écarterons tout luxe inutile d'architecture, réservant l'argent à dépenser pour l'intérieur de l'édifice, de manière à rendre acceptable, confortable, agréable même, le séjour de la maison.

D'ordinaire, dans les constructions administratives de l'assistance publique, le principal bâtiment, celui qui renferme les malades, est grandiose, élevé, monumental ; sa façade principale a vue sur la grille d'entrée et frappe le regard du visiteur. Nous n'agissons pas ainsi, et nous dirons de suite que notre bâtiment sera tout autre : dans le but d'éviter la fraude, en mettant le public en contact avec nos malades, nous placerons à l'entrée, dans la cour d'honneur, si l'on veut continuer à la nommer ainsi, l'administration, le logement du médecin-directeur, l'économat, les services généraux, et enfin les cuisines. Ce n'est que derrière ces diverses constructions que nous plaçons le principal corps de bâtiment, qui aura sa façade à l'opposé, donnant sur le parc : comme on ne le verra par conséquent que de loin, il est inutile d'y faire des frais de décoration, et notre asile pourra rester simple.

Aux architectes de choisir le style qui leur plaira le mieux, gothique, Louis XIII, Louis XVI, ou chalet, d'employer les matériaux divers, pierres, briques, bois,

ou fer, pourvu que notre bâtiment soit de bon goût, d'une simplicité agréable à voir, tout eu étant bâti suivant toutes les règles de l'art. Sans entrer dans les détails d'architecture, on devra veiller à placer dans une cour fermée et non accessible aux malades, les divers bâtiments dont je viens de parler, de telle sorte qu'il y ait le moins de chances possible à l'introduction de l'alcool. On peut les disposer de la manière suivante :



1. Conciergerie. — 2. Logement du médecin-directeur. —
 3. Administration. — 4. Services de l'économat — 5. Pharmacie et laboratoires. — A. Porte d'entrée. — B. C. Cours Intérieures.

Le portail principal s'ouvre sur une grande cour ornée de massifs de verdure et de fleurs. A gauche, la conciergerie, établie comme nous l'avons dit ; à droite, le logement du médecin-directeur, avec un parc particulier derrière la maison. En face de l'entrée, le grand bâtiment de l'administration, avec les logements de l'économe et des employés de bureau, au premier étage. Derrière ce grand bâtiment, une cour intérieure où sont établis, d'un côté les magasins de toute sorte dépendant de l'économat, de l'autre la pharmacie et les laboratoires du médecin-directeur. Au fond de la cour, la cuisine réunie par des passages couverts à l'économat et à l'asile.

Enfin, plus loin encore, l'asile principal, dont les réfectoires touchent presque la cuisine.

Bâtiment principal. — Le bâtiment principal est ainsi conçu : il se compose d'un hall central de 60 mètres de long, de 10 mètres de large, s'éclairant par le haut, s'ouvrant d'un côté sur le parc, par une porte à larges battants, de l'autre côté, par une porte toujours fermée, sur une véranda qui sépare le grand bâtiment de celui de la cuisine ; ce hall est analogue à la galerie de trente mètres du palais du Champ-de-Mars.

A droite et à gauche s'ouvrent dans le hall quatre grands corps de bâtiment, deux de chaque côté ; ce sont des dortoirs à deux étages, ils ont environ 60 mètres de long sur 15 de large. A gauche, ces corps de bâtiment (1 et 2) servent aux alcooliques tranquilles, non délirants, aux convalescents qui consolident leur guérison ; à droite (3 et 4), à ceux qui sont en traitement ; dans le numéro 3 sont ceux qui déjà acceptent le traitement ; dans le numéro 4, ceux qui arrivent, et dont la période d'excitation n'est pas terminée ; il devra aussi contenir quelques convalescents à mauvais caractère, qui pourraient exciter les autres malades, et les pousser à la révolte contre l'usage exclusif de l'eau. A gauche, entre les deux grands bâtiments formant les dortoirs, se trouve le casino, entouré d'une véranda, comprenant une salle de théâtre et concert, des salles de lecture, bibliothèque, des tableaux et gravures contre les murs, une salle de jeux variés, où l'on peut douter, lorsque les familles le désirent, du café et du thé ; au milieu, une fontaine monumentale, genre Wallace.

Le hall central ou galerie de 60 mètres, sert, comme le casino, de lieu de récréation et de promenade en hiver ; des tables et des sièges en grand nombre, des journaux et des revues ; sur les murs, de grandes cartes de géographie et autres.

Entre les troisième et quatrième dortoirs, en face du

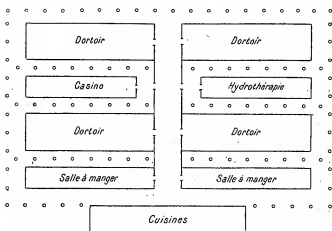
casino, et symétrique se trouve un vaste établissement hydrothérapique. De l'eau intns et extra.

Enfin, entre les dortoirs 2 et 4 et la cuisine, dont ils sont séparés par une véranda, se trouvent de chaque côté, les deux salles à manger n'ayant, comme les bairns et le casino, qu'un rez-de-chaussée : celle des malades convalescents à gauche ; celle des malades en traitement, à droite ; ces salles à manger séparées seulement de la cuisine par la véranda, avec service au moyen de passe-plats, permettent de donner des aliments chauds, par conséquent meilleurs.

Je reviens aux dortoirs. Nous ne faisons pas des dortoirs d'asiles, où tous les malades couchent les uns à côté des autres dans un état de promiscuité offrant de grands inconvénients : les gardiens qui couchent dans des chambres limitrophes, ne surveillent qu'incomplètement les malades, sinon pas du tout, à travers leur petite fenêtre servant de judas ; il faudrait, pour que la surveillance soit assurée, que les gardiens fussent constamment éveillés, et debout, ce qui est difficile à faire, puisqu'on ne le fait pas. Nous disposons ce dortoir en cabines, chaque malade ayant la sienne, au moyen de cloisons de 2 mètres de hauteur séparant en une multitude de petites pièces tout le dortoir. Deux couloirs assurent le service ; aux extrémités et au milieu se trouvent de grands lavabos ; au lieu de portes, des portières que l'on peut accrocher et qui forment une légère barrière ; on peut comparer ces petites chambres aux cabines de première classe de la Compagnie Transatlantique. Il est aisé de comprendre combien chaque malade sera heureux d'avoir ainsi son petit chez lui, son *home*.

Pour le dortoir 4, habité par les alcoolisés qui présentent encore une certaine excitation, on peut donner à ces cabines plus de force par des cloisons plus épaisses et plus élevées, et par des portes solides au lieu de portières.

Des promenoirs couverts entourent tous les bâtiments, abritant les malades du soleil et de la pluie ; les portes du hall, du casino et des salles à manger s'ouvrent sur les vérandas. Autour de ce bâtiment s'étend un grand parc pour la promenade ; à droite, un parc fermé sert aux alcoolisés encore excités, et communique directement avec le quartier numéro 4.



Au delà du parc s'étend une immense étendue de terrain servant à la culture.

C'est dans cette partie de la propriété que sera construit un bâtiment où seront établis les ateliers de diverse nature. Il sera admis en principe que tous les alcoolisés doivent travailler ; à mesure que se développaient chez eux les habitudes d'ivresse, diminuaient au contraire les habitudes de travail jusqu'à cessation complète. Il est nécessaire de les entraîner de nouveau, de leur faire reprendre l'habitude du labeur, pour qu'à leur sortie, l'oisiveté ne les ramène pas au cabaret. Nous aurons donc des ouvriers serruriers, charpentiers, menui-

siers, cordonniers, tailleurs, mais nous aurons surtout des ouvriers jardiniers et cultivateurs, comprenant la plus grande partie des habitants de l'asile.

Ils seront chargés de mettre en valeur un immense jardin potager et tous les champs de culture.

Le travail ne sera pas facultatif, tout le monde y sera astreint.

On voit par la disposition des bâtiments, par leur organisation, que nous n'avons voulu faire ni une prison, ni une maison de correction qui aggravent l'état physique et surtout l'état moral des ivrognes et contribuent à les rendre incurables. (Rapport de M. Ladame.)

Nous n'avons pas non plus disposé et organisé notre hôpital comme un asile d'aliénés où tout doit être disposé en vue d'êtres privés de raison. Nous avons voulu faire un hôpital ayant le but spécial de traiter et de guérir des alcoolisés raisonnants, et si nous avons pris toutes les précautions possibles pour que le vin et l'alcool ne pénètrent jamais dans l'établissement, nous avons voulu du moins que notre sanatorium soit agréable à habiter, et que nos hospitalisés y soient confortablement installés.

Personnel. — De même que nous avons des bâtiments disposés autrement que ceux des autres asiles, de même il nous faut un personnel complètement différent par la manière de vivre et de penser du personnel des autres établissements.

Les employés de notre hôpital devront s'astreindre à ne boire que de l'eau, comme les malades eux-mêmes. On ne recevra aucun serviteur qui ne consente à se priver de vin, pendant toute la durée de son séjour, et qui ne prenne un engagement d'honneur de n'introduire aucune boisson alcoolique. Un domestique surpris ayant en sa possession des liquides alcooliques ou bien rentrant en état d'ivresse, même pen apparente, sera puni

d'une forte amende une première fois, renvoyé la seconde fois.

Il faut que chaque employé croie à l'efficacité de l'eau, à la nocivité de l'alcool et ne cesse de parler en ce sens aux malades en traitement, pour encourager par ses paroles et son exemple les ivrognes qui leur sont confiés à se corriger de leur défaut; il faut que lui-même ait la foi et que ce soit sa propre conviction qu'il fasse passer dans l'esprit de ses auditeurs.

Des conférences seront faites fréquemment aux employés pour leur donner l'éducation nécessaire, leur enfoncer dans la tête les idées qu'ils doivent avoir au sujet de l'alcoolisme et leur apprendre comment ils doivent prêcher les malades.

Il serait utile que le médecin directeur s'astreigne aussi à ne boire que de l'eau pour donner l'exemple et pour que les malades ne disent pas : « Il nous prêche l'eau, mais il boit le vin. » Il serait bon que dans l'un des réfectoires des malades il ait une table à part, où il mangerait quelquefois, et où on le verrait s'abstenir de vin, prêchant ainsi par l'exemple, toujours plus efficace que les paroles.

Comme dans la comédie de Molière, dans les salles à manger, dans les couloirs, dans le grand hall, on inscrira en grandes lettres des formules courtes et précises pour vanter l'eau et calomnier le vin; par exemple :

L'eau rend l'homme fort.

L'absinthe produit l'épilepsie.

Le buveur d'absinthe a des enfants épileptiques, etc.

Au commencement de chaque repas, pendant un quart d'heure, un pensionnaire, comme dans les collèges, lira à haute voix un livre d'histoires, des préceptes, un roman combattant l'alcoolisme.

Dans la bibliothèque se trouvera un grand nombre de volumes choisis, que les sociétés de tempérance seront

heureuses de donner à l'établissement, et qui auront le même but que celui que nous nous proposons.

Tel est l'hôpital d'alcoolisés que nous avons rêvé; beaucoup de perfectionnements dans les détails peuvent encore se produire; quelques-uns de nos confrères peuvent donner des idées nouvelles; l'étude des hôpitaux d'ivrognes à l'étranger peut nous apporter aussi d'utiles enseignements.

Eu puisant dans tous ces documents, nous espérons qu'il se trouvera un architecte, plus soucieux des idées médicales que des lignes d'architecture, qui consentira à bâtir un établissement idéal, créé pour le but qu'il doit remplir, et rien que pour ce but.

Nous aurions ainsi en France un modèle d'hôpital d'alcoolisés que les nations étrangères pourraient nous envier.

Revue critique.

LA FOLIE BLENNORRHAGIQUE

Par le Dr A. CULLERRE

En dehors de leur valeur propre, les doctrines nouvelles en pathologie générale ont encore cet avantage de stimuler l'initiative des chercheurs, de leur ouvrir de nouveaux champs d'étude et de susciter de nombreux travaux, dont, quel que soit le sort réservé par l'avenir à la théorie qui les a fait éclore, la science tire toujours quelque profit. A supposer que la doctrine de l'infection et des intoxications cède la place à quelque autre dans un avenir plus ou moins éloigné, nul ne pourrait soutenir qu'elle n'a été d'aucun secours à la psychiatrie, et qu'elle n'a pas contribué dans une large mesure aux progrès de la clinique des affections mentales.

Les maladies virulentes peuvent-elles, à l'instar des maladies infectieuses et toxiques, exercer directement une action nocive sur l'organe cérébral et déterminer la folie? La théorie, évidemment, répond par l'affirmative. Il n'y a pas, *a priori*, de distinction à faire au point de vue de la pathogénie des affections mentales entre les diverses maladies à microbes, et la clinique seule pourra dire quelles sont celles qui se compliquent le plus volontiers de troubles intellectuels, et s'il en est qui ne les engendrent jamais.

La blennorrhagie est une de ces affections microbiennes dont, jusqu'ici, les rapports avec la folie n'avaient pas été établis par l'observation clinique, bien qu'il soit depuis longtemps démontré que ce n'est pas une affection purement locale, puisqu'elle engendre une forme spéciale de rhumatisme, le rhumatisme blennor-

rhagique, et que le gonocoque de Neissera été, paraît-il, décelé dans le sang des individus atteints de cette complication. Il y a mieux, le Dr Eugel Reimers, en 1890, a cru pouvoir ranger avec observations à l'appui la bleunorrhagie parmi les infections capables de déterminer la polynévrite. Si vraiment la blennorrhagie peut entraîner des lésions aussi graves du côté du système nerveux périphérique, il n'y a pas de raison pour qu'elle ne provoque pas des altérations cérébrales, soit fonctionnelles, soit organiques, ayant pour conséquence le délire et la folie, et l'apparition presque simultanée de deux travaux ayant pour but de le démontrer n'est pas faite pour étonner.

De ces deux mémoires, l'un intitulé *Psicopatia blennorrhagica* est du professeur Silvio Venturi, directeur du Manicome de Girifalco et a été publié dans le numéro d'avril dernier de la *Riforma medica*; l'autre, dont nous sommes l'auteur, a paru dans le numéro du 1^{er} mai de la *Vendée médicale* sous ce titre: *Note sur la folie infectieuse d'origine blennorrhagique*. Nous voudrions donner ici un aperçu de ces deux publications.

Le professeur Venturi, ayant observé il y a quelques années qu'un certain nombre d'individus atteints d'hébéphrénie (nous verrons plus loin la signification donnée par l'auteur à ce terme) étaient blennorrhagiques au moment de l'invasion de la folie, porta son attention de ce côté, et ne tarda pas à se convaincre qu'il ne s'agissait pas d'une simple coïncidence, mais qu'une relation de cause à effet existait réellement entre l'affection vénérienne et la maladie mentale. Dès lors, il observa plus attentivement les faits, et se mit à recueillir des observations. De 1888 à 1894, l'asile de Girifalco a reçu vingt-deux hébéphréniques des deux sexes. Sur ce nombre, douze, dont sept jeunes gens et cinq filles ou femmes, présentaient depuis quelques mois ou quelques semaines un écoulement purulent urétral ou vaginal de nature blennorrhagique au moment de l'invasion de la maladie mentale. Dans sa clientèle privée, l'auteur, pendant le même temps, a observé cinq hébéphréniques atteints de blennorrhagie sur un nombre double environ d'aliénés de cette catégorie.

Tous étaient atteints pour la première fois d'une

maladie vénérienne, et aucun d'eux n'avait dépassé l'âge de vingt-cinq ans. Tous, sauf un qui était en même temps épileptique, ont guéri de la maladie mentale dans un délai de quatre à huit mois. C'est là un fait important, si l'on veut bien observer que l'hébéphrénie se termine souvent par la démence. L'hébéphrénie récidive souvent. Autre fait digne de remarque : chez aucun de ses malades, le D^r Venturi n'a observé de rechute. Aussi se croit-il autorisé à conclure, tant de sa statistique que des faits qui précèdent, qu'il y a lieu d'admettre un rapport de causalité entre la blennorrhagie et la psychopathie des adolescents.

La forme clinique de l'hébéphrénie est le plus souvent la stupidité, quelquefois la manie avec ou sans accès de fureur ; tous les cas observés par le D^r Venturi rentrent dans ces deux formes.

Dans la plupart des cas, la blennorrhagie a précédé l'invasion de la folie de cinq ou six mois ; dans quelques autres d'un peu plus d'un mois seulement ; dans tous elle persistait encore au moment même de l'explosion des accidents intellectuels. Aucun des malades n'a guéri des troubles cérébraux avant de l'être de l'écoulement spécifique, et la cure de ce dernier a précédé de quelques semaines à deux ou trois mois, la guérison de la maladie mentale.

L'auteur n'a constaté de complication du côté des séreuses articulaires ou splanchniques que chez un de ses malades. Et pourtant tous les syphiligraphes admettent la prédilection du gonocoque de Neisser pour les séreuses ; non seulement on a vu des arthrites, mais encore des péricardites et des endocardites blennorrhagiques ; pourquoi, bien qu'on n'en ait pas encore cité d'exemple, n'y aurait-il pas aussi des processus méningitiques de même nature ? C'est pourquoi, bien qu'il ne puisse appuyer son opinion sur aucune nécropsie, le D^r Venturi exprime l'opinion que la folie blennorrhagique, telle qu'il la décrit, est le résultat d'une arachnoïdite avec épanchement séreux. Selon lui, le mode d'invasion de l'hébéphrénie blennorrhagique, sa marche progressivement ascendante suivie d'un déclin lent et régulier jusqu'à complète guérison, donne clairement l'idée d'une maladie à décours cyclique et concorde par-

faitement avec la manière progressive et graduée dont s'accumule et disparaît la sérosité dans une cavité articulaire. Ce fait rendrait donc très vraisemblable l'existence d'un genre de folie cyclique en rapport avec l'évolution d'un épanchement séreux dans les régions sous-arachnoïdiennes.

Telles sont, en substance, les considérations dont le D^r Venturi fait précéder le résumé sommaire de ses douze observations, et qui me semblent appeler quelques réserves.

Sa statistique, par exemple, est assurément curieuse ; mais a-t-elle bien la valeur qu'il lui prête ? Ne serait-il pas facile de lui opposer de nombreuses statistiques d'hébéphréniques absolument vierges de blennorrhagie ? Pour ma part, je n'ai pas constaté une seule fois cette maladie chez les nombreux pnbères que j'ai observés depuis des années, et la chande-pisse n'est pourtant pas une affection qui puisse facilement passer inaperçue.

Il est vrai que le terme d'hébéphrénie ne répond à aucun terme français équivalent, et qu'il déborde de beaucoup le champ de ce que nous appelons folie de la puberté. Par hébéphrénie, le D^r Venturi entend « presque tous les cas de folie qui, développés chez des jeunes gens de dix-sept à vingt-trois ans, ne relèvent d'aucune cause pathologique connue ni d'aucune prédisposition, telles que neurasthénie, dégénérescence héréditaire, maladie infectieuse, traumatisme ou intoxication ». Et de fait, chez aucun de ses malades (sauf l'épileptique) il ne relève d'antécédents de famille suspects.

Des aliénés de dix-sept ans qui ne sont ni des héréditaires, ni des dégénérés, cela existe-t-il ? Mais passons, ce débat nous entraînerait trop loin. Voici d'ailleurs qui va nous faire mieux comprendre la pensée de l'auteur. La forme clinique de l'hébéphrénie, ajoute le professeur Venturi, est le plus souvent la *stupidité* et parfois la *manie* avec ou sans fureur. Disons donc tout simplement que les formes que revêt la folie consécutive à l'infection blennorrhagique sont le plus souvent la stupidité, et quelquefois la manie ; ajoutons que, d'après les observations du D^r Venturi, cette manie s'accompagne d'hallucinations et d'un trouble profond de l'idéation, ce qui est hautement significatif et tout en faveur

de son hypothèse. On sait en effet que la confusion mentale avec ou sans stupeur, accompagnée ou non d'hallucinations et d'agitation, est le type de la folie infectieuse d'après les travaux les plus récents.

Un mot encore à propos de l'anatomie pathologique imaginée de toutes pièces par le D^r Venturi. Sa conception de l'hydropisie sous-arachnoïdienne ne repose que sur l'analogie et le raisonnement. Outre que comparaison n'est pas raison, un syllogisme, fût-il le plus élégant du monde, n'a jamais prouvé grand'chose. Eh quoi? parce que le cerveau est enveloppé de séreuses et que la blennorrhagie cause quelquefois des épanchements dans certaines séreuses, il faut nécessairement concevoir la mise en train de ce mécanisme formidable pour expliquer l'action du processus infectieux sur les fonctions de cet organe? Je ne sache pas qu'on ait invoqué cette hypothèse pour la pathogénie des autres folies d'origine infectieuse, y compris la folie rhumatismale. Pense-t-on d'ailleurs à ce que peut devenir anatomiquement et physiologiquement un cerveau soumis pendant une huitaine de mois à un épanchement séreux aussi minime qu'on veuille le supposer? La moindre des conséquences d'un pareil phénomène ne serait-elle pas une déchéance irrémédiable de l'organe cérébral et la démence?

Peut-être, ayant à parler maintenant de nous-même, aurions-nous dû, par convenance, taire ces quelques critiques qui n'enlèvent rien, d'ailleurs, à la valeur du mémoire du D^r Venturi. Ses observations n'en sont pas moins intéressantes, et dans une large mesure contribuent à démontrer l'existence d'un rapport réel entre l'infection blennorrhagique et la folie. Nous ne pouvions cependant nous empêcher de dire que nous sommes loin de partager l'imperturbable sécurité avec laquelle il résout dans toutes ses parties un problème que nous osons à peine poser dans notre court mémoire. Nous croyons, en effet, que l'infection générale d'origine blennorrhagique n'est pas suffisamment connue pour être admise à l'état de donnée indiscutable, et nous nous nous rappelons qu'il y a peu de temps encore, la nature spécifique du gonocoque de Neisser était mise en doute par des observateurs d'une compétence établie. « Même en acceptant qu'un microorganisme

spécial, le gonocoque, est bien le facteur de l'inflammation blennorrhagique, disent en effet MM. Vibert et Bordas, nous pensons que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de reconnaître sûrement le gonocoque, de le distinguer des autres microcoques qui peuvent exister dans les autres écoulements vaginanx. »

Ce n'est donc qu'avec timidité et réserve et sans nous lancer dans le champ des explications hypothétiques que, pour les deux observations que nous allons résumer, nous avons proposé d'incriminer l'infection blennorrhagique comme jouant le rôle de cause déterminante de l'affection mentale.

Dans notre première observation, il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, mariée, mère de deux enfants, ayant la réputation d'aimer la fête et de se livrer à la galanterie, ne présentant pas d'antécédents héréditaires ou personnels bien marqués, qui, sans cause connue au dire du mari, tomba peu à peu dans un état de stupor panophibique. A la panophibie succéda un hébètement profond avec embarras de la parole, idées vagues de richesses, puis de négation, tremblements irréguliers des membres et congestion cérébrale s'accompagnant de rougeur de la face, de dilatation des pupilles, d'embarras gastrique et d'accélération du pouls. Un mois et demi après l'invasion des accidents, le mieux se manifestait, et en trois semaines elle passait d'un état pseudo-démientiel profond à une restauration complète des fonctions intellectuelles normales. La malade ne se souvenait de rien de ce qui s'était passé pendant la période aiguë de sa maladie. A force de l'interroger pour tâcher de découvrir l'origine d'une affection mentale aussi singulière, nous apprenons qu'elle était traitée, avant l'explosion des accidents psychiques, pour une inflammation des voies génitales. Un examen au spéculum nous permet de constater l'existence d'une *vaginite blennorrhagique* en voie d'amélioration.

Il s'agit évidemment, dans cette observation, d'un de ces cas de stupidité avec confusion hallucinatoire des idées et symptômes de méningo-encéphalite comme on en a signalé un certain nombre de cas à la suite de l'influenza pendant ces dernières années, comme on en

observe à la suite des maladies infectieuses aiguës, fièvre typhoïde, pneumonie, fièvre puerpérale, variole, etc. Rien n'y manque, pas même les idées absurdes de satisfaction et de richesse. C'est la psychose infectieuse par excellence, aujourd'hui admise par presque tous les manigraphes. Cette femme n'ayant subi d'autre infection que celle que peut produire le virus blennorrhagique, la conclusion nous a paru s'imposer.

Le pronostic de cette forme psychopathique est ordinairement favorable. Nous voyons qu'en effet, cette malade, qu'on aurait pu croire atteinte de paralysie générale au début, a radicalement guéri dans un délai assez court. Ajoutons que, *depuis huit ans*, la guérison ne s'est pas démentie, ce qui vient encore à l'appui de notre hypothèse. Quelque cause intime de nature morale, que nous n'avons fait qu'entrevoir, aura provoqué l'explosion des accidents nerveux préparés par l'infection, comme cela arrive dans les folies toxiques (alcoolisme) et même infectieuses (folie puerpérale) où l'intervention d'un choc moral est le signal d'une explosion délirante qui, sans cela, ne se fût peut-être pas manifestée. L'alcool a pu apporter un léger appoint étiologique chez notre malade ; mais son rôle n'a certainement rien eu de décisif ni même d'important, car on ne relevait chez elle aucun des signes spécifiques de l'intoxication alcoolique.

Notre seconde observation est un peu différente et se rapprocherait plutôt, cliniquement, des cas que rapporte le professeur Venturi dans son mémoire. Une forte fille de vingt-cinq à vingt-six ans à antécédents héréditaires certains, se disant domestique, mais en réalité adonnée à la prostitution, six mois avant son admission à l'Asile se jette d'un deuxième étage dans la rue, en proie à un accès de panopobie. Depuis cette époque, le trouble des idées n'a fait qu'augmenter. Elle est revenue chez sa mère où elle s'est livrée aussitôt à des excentricités de tout genre, courant en chemise dans les rues, provoquant les hommes et se livrant à tous ceux qui voulaient d'elle.

À son entrée, elle est dans une sorte de demi-stupéur : air hébété, regard vague et fuyant, ne répondant pas quand on lui parle ; elle se déshabille, se met nue, refuse de se coucher ; par moments elle pleure, manifeste des

idées tristes : elle pleure parce qu'elle ne peut pas porter des fleurs sur la tombe de son père. On nous signale un écoulement vaginal ; l'examen au spéculum nous permet de constater une *vaginite blennorrhagique* intense.

Sous l'influence d'un traitement approprié, la vaginite ne tarda pas à guérir ; mais l'état mental, contrairement à ce qui s'est passé dans les observations du D^r Venturi, n'a subi aucune modification favorable, et aujourd'hui, après plus de deux ans de maladie, cette fille est dans un état d'abrutissement avec confusion totale des idées et alternatives d'agitation et de stupeur, qui semble indiquer l'invasion de la démence.

Ce cas n'est pas aussi net que le précédent, puisque nous n'avons pas de preuve certaine que la vaginite spécifique existait avant l'explosion de la folie ; cependant, cette hypothèse paraît très probable si l'on tient compte des tendances nymphomaniaques constatées chez la malade avant son entrée à l'Asile, tendances liées de toute évidence à l'irritation des parties sexuelles par un écoulement tellement copieux de liquides purulents, qu'il nous était signalé le lendemain même de son admission, la mère ayant passé ce détail sous silence.

L'influence étiologique de l'infection blennorrhagique nous a donc semblé plausible, dans ce second cas comme dans le premier. Les symptômes psychiques, qui ont débuté par une phase hallucinatoire pour continuer par la stupeur entrecoupée de réactions tantôt maniaques, tantôt de nature mélancolique, sont encore de ceux que l'on observe dans les autres folies infectieuses. L'évolution prématurée de l'affection mentale vers la démence doit sans doute être mise sur le compte de la prédisposition héréditaire, car, quoi qu'en dise M. Venturi, l'hérédité n'est pas étrangère, loin de là, à ce qu'il appelle hébéphrénie, à ce que nous appellerons folie précoce, qu'elle soit ou non infectée de virus blennorrhagique, et nous sommes d'avis que les doctrines nouvelles, tout admirables qu'elles soient, ne doivent pas faire faire table rase des notions antérieurement acquises et aussi solidement établies que celle de l'hérédité dans la genèse des maladies mentales.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

ANNÉE 1891.

Cette année, aucune question de neurologie n'a été discutée à l'Académie; c'est à peine si l'on trouve dans le recueil du *Bulletin* une ou deux communications se rattachant à notre spécialité.

A la vérité, la grande discussion sur la *chloroformisation*, commencée en 1890, n'a été close qu'en 1891, mais tout s'est borné, pendant cette dernière année, à deux beaux discours de M. Laborde, lequel, après avoir résumé et critiqué les opinions et les arguments de ses contradicteurs, affirme à nouveau ses conclusions, que nous avons déjà reproduites dans notre compte rendu de l'année dernière. Au fond de cette discussion de la chloroformisation on retrouve, en somme, nous ne dirons par la vieille querelle entre les cliniciens et les expérimentateurs, l'expression serait impropre de toutes les façons, disons plutôt qu'on retrouve cette ancienne rivalité pour le bien, qui subsiste quand même entre les cliniciens et les physiologistes.

Parmi les deux communications que nous avons à mentionner, la première, de M. Polaillon, est la *relation d'un cas de plaie du cerveau*, observé par M. Poirier. Voici le résumé de l'observation : Perforation de la cavité orbitaire par l'extrémité d'un parapluie qui a pénétré à une profondeur de 5 centimètres. Plaie du cerveau. Large ouverture dans la région frontale avec gouge et maillet. La dure-mère est incisée, l'extrémité antérieure du cerveau soulevée avec le doigt afin d'enlever les esquilles et de nettoyer la plaie. Application d'un drain par la plaie frontale, drain qui ressort par l'orbite. Guérison.

Dans cette observation, deux points sont surtout à retenir, dit M. Polaillon : 1° C'est d'abord la voie frontale prise par

M. Poirier pour arriver à explorer le lobe frontal presque dans le fond de l'orbite. C'est la première fois qu'un pareil procédé a été employé. — 2° En second lieu, c'est l'absence de tout phénomène consécutif à la lésion cérébrale, et à la perte de substance du cerveau. L'olfaction est égale des deux côtés. Rien dans la parole, dans l'intelligence, dans la sensibilité ni dans les mouvements, ne révèle la lésion qui a été produite.

La seconde communication, sur laquelle nous n'avons pas à insister, est faite par M. Béranger-Féraud. Il s'agit encore de la *chloroformisation*. Le meilleur mode de chloroformisation, dit l'orateur, pour éviter les accidents, est le cornet depuis si longtemps en usage dans la marine. C'est ce qui ressort, non pas tant de la théorie, que de l'examen des faits. Jamais, ou presque jamais, on n'a eu d'accident mortel lorsqu'on s'est servi de cet appareil.

Il ne nous reste plus à noter qu'un rapport de M. Magitot sur une *observation de cocaïnisme chronique* présentée par M. Hallopeau.

En voici les conclusions : Il faut réserver une place parmi les agents anesthésiques applicables à la pratique chirurgicale à la cocaïne. Il existe un certain nombre de préceptes et de précautions qui permettent de réaliser sans danger les applications anesthésiques de la cocaïne. Ainsi la dose ne doit jamais dépasser 8 ou 10 centigrammes.

La cocaïne ne doit jamais être employée chez les cardiaques, dans les affections chroniques des voies respiratoires et chez les névropathes avérés. On doit l'injecter dans l'épaisseur du derme et non dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'injection devra toujours être pratiquée chez un sujet couché. Telles sont les principales indications.

Avant d'arriver à ces conclusions, M. Hallopeau énumère les différents accidents produits par la cocaïne, entre autres le cocaïnisme chronique et le morphino-cocaïnisme, intoxications chroniques produites par l'absorption sans cesse renouvelée du poison. Il note aussi des cas plus rares, et moins connus, pensons-nous, de cocaïnisme chronique produits par une injection hypodermique unique de quelques milligrammes de l'alcaloïde; seulement cet empoisonnement chronique s'accompagne de symptômes divers très graves, de symptômes psychiques, et il dure deux et même trois mois dans certaines circonstances.

ANNÉE 1892.

I. — *Du traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse*; par le D^r Constantin Paul (séance du 16 février). — M. C. Paul a essayé les injections hypodermiques de pulpe nerveuse (substance grise du cerveau de mouton) dans plusieurs états morbides dépendant de la neurasthénie. Il expose d'abord son procédé opératoire, son mode de préparation du liquide et ensuite il donne plusieurs observations qui prouvent bien l'efficacité de la méthode brown-séquardienne dans la neurasthénie. Parmi les sujets traités ainsi, il y a des ehloro-anémiques, un vieillard ayant le pouls lent permanent, enfin des malades présentant tous les symptômes de la neurasthénie classique. Des ataxiques ont aussi été soumis à la transfusion nerveuse, et avec succès. Voici les conclusions les plus importantes de cette communication :

Quand le liquide est stérilisé par le procédé de d'Arsonval, les injections sont parfaitement tolérées, et elles ne provoquent aucune réaction, ni locale ni générale.

Le premier effet ressenti par les malades est une sensation de force et de bien-être qui leur donne la conscience qu'ils ont plus de force qu'ils n'en avaient auparavant. L'amyosthénie et l'impotence musculaire diminuent rapidement, les douleurs vertébrales et l'hyperesthésie spéciale disparaissent après quelques injections; même dans l'ataxie, on voit les douleurs fulgurantes disparaître. Il en est de même de la céphalée neurasthénique et de l'insomnie. L'impotence fonctionnelle du cerveau disparaît à mesure. La nutrition se fait mieux, le poids du corps augmente. L'impotence sexuelle est notablement améliorée. En résumé, nous avons dans les injections sous-cutanées de substance grise cérébrale un véritable tonique neurasthénique, et non pas un simple excitant, car les effets persistent. Le neurasthénique a beau manger, il ne peut transformer les aliments en force, la transfusion nerveuse lui permet cette utilisation des aliments et leur assimilation sous cette forme.

II. — *Rapport sur un mémoire de M. le D^r Chaumier. (de Tours), relatif à l'hystérie chez les nouveau-nés et chez les enfants au-dessous de deux ans*; par le D^r Ollivier (séance du 28 juin). — M. Chaumier, dans son mémoire, soutenait que l'hystérie infantile était plus fréquente qu'on ne le pense en général, et il

donnait de cette affection une étude clinique remarquable basée sur de nombreuses observations personnelles. D'après lui, on réunit sous le nom d'éclampsie, et bien à tort, tous les accidents convulsifs qui se manifestent chez les très jeunes enfants. La vérité est que le plus souvent les convulsions de la première enfance sont des attaques hystériques. Il y a, du reste, trois degrés dans l'hystérie infantile : 1° les phénomènes émotifs, 2° la pâmoison ; 3° la grande attaque convulsive.

Les phénomènes émotifs sont caractérisés par les colères subites avec cris, gestes désordonnés, congestion de la face, etc. D'autres phénomènes analogues ne sont pas moins fréquents, ainsi les terreurs nocturnes, l'irritabilité habituelle. La pâmoison succède aux phénomènes émotifs. L'enfant, au milieu de son accès de colère, qui ressemble fort, en réalité, à un accès maniaque, s'arrête tout à coup. Il devient pâle, ses muscles restent contracturés, ses mâchoires sont serrées, enfin il est *pâmé*, sans connaissance.

S'il ne revient pas à lui après quelques minutes, il arrive au troisième degré de l'hystérie infantile, il a de grandes convulsions généralisées. Il se peut que ces convulsions persistent longtemps avec des alternatives de diminution et d'augmentation dans l'intensité des phénomènes, et souvent on a pris pour des méningites guéries de simples états de mal hystérique.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'hystérie peut se manifester, non plus par des accidents généraux de la nature des précédents, mais par des troubles locaux, tels que l'absence du réflexe palpébral, du réflexe pharyngien, le nystagmus, les vomissements répétés, etc.

Enfin M. Chaumier étend son étude à l'observation des affections ordinaires contemporaines du début de l'hystérie, et qui parfois même précèdent celui-ci. Dans ce dernier cas, ces affections ordinaires semblent bien entrer dans l'étiologie de la névrose, ne serait-ce que comme causes déterminantes. Il paraîtrait que très souvent ces petits hystériques présentent une hypertrophie des amygdales, et, d'après l'auteur, ces adénomes auraient une influence marquée sur l'éclosion de la névrose.

M. Ollivier, le rapporteur, fait ressortir la valeur de l'étude de M. Chaumier, il énumère même un certain nombre d'observations qui corroborent les idées du distingué médecin de Tours auquel il fait remarquer cependant que s'il est parfois dangereux de ne lire qu'un seul livre, il n'est pas prudent non plus de conclure exclusivement d'après sa seule observation personnelle.

Et il complète le mémoire de M. Chaumier en rappelant à grands traits les opinions diverses émises depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, sur les convulsions de la dentition. Il arrive à donner les conclusions de la thèse d'un élève de M. Magitot, M. Lévêque, qui affirme que jamais il n'a été établi, d'une manière incontestable, aucune relation de cause à effet entre la dentition et les accidents qu'on lui attribue.

Mais enfin, poursuit le rapporteur, « le travail de M. Chaumier peut contribuer dans une certaine mesure à la solution de plusieurs questions intéressantes de pathologie, et surtout de séméiotique infantile ».

Quant à lui, il résume ainsi son opinion à ce sujet : Il existe souvent des convulsions pendant les deux premières années de la vie. A quoi les attribuer? c'est là le difficile. Au point de vue étiologique, on peut les diviser aujourd'hui en deux groupes : 1° celles dont la cause est connue, 2° celles dont la cause est inconnue.

Tout travail qui contribue à grossir le premier groupe aux dépens du second rendra sérieusement service à la science. Et c'est pourquoi, en étudiant les différentes formes de l'hystérie chez le tout jeune enfant, M. Chaumier a fait un bon et utile travail.

M. Magitot revient, dans une autre séance (séance du 12 juillet), sur le même sujet : les accidents de la dentition chez les enfants. Il expose les raisons démonstratives de l'innocuité absolue du travail de la dentition, tant qu'il reste physiologique, et il termine son discours par cette phrase : « Nous souhaitons que la classe des maladies dites de la dentition chez l'homme soit définitivement rayée du cadre de la nosologie médicale. »

III. — *Rapport sur un mémoire de M. F. Boé, relatif au traitement d'un cas de cécité à marche rapide par le lactate de zinc* ; par le D^r Panas (séance du 5 juillet). — Il s'agit d'un cas de cécité d'un diagnostic difficile. Voici cette observation : fièvre typhoïde à trois ans, fracture des os propres du nez à quinze ans, syphilis en 1877, contusion violente du front en 1878. — En 1891, brusquement la vue de l'œil droit se perd en grande partie, et huit jours plus tard, l'œil gauche devient également amaurotique. L'ophtalmoscope ne décèle aucune lésion profonde. Le traitement antisiphilitique ne produit aucun résultat. En revanche, le lactate de zinc, essayé en désespoir de cause, réussit pleinement. Il reste de l'amblyopie stationnaire depuis plus d'un an.

Actuellement, les disques optiques se montrent grisâtres et les artères rétiniennes sont réduites de calibre. Le malade ne présente d'autres signes de tabes que de légères douleurs, des pincements aux membres inférieurs, les réflexes patellaires sont normaux. Cependant il s'agirait quand même d'un tabes au début. Quoi qu'il en soit, M. Panas pense qu'on peut essayer le lactate de zinc dans le traitement des amblyopies d'origine nerveuse, cet agent thérapeutique étant inoffensif, et l'observation de M. Boé paraissant démontrer son efficacité.

IV. — *Note sur un cas de tétanos traumatique chronique à marche progressive, guéri par l'amputation*; par le Dr Paul Berger (séance du 29 novembre). — *Observation*: Un homme de trente-huit ans est blessé, le 23 juillet 1892, au petit doigt de la main gauche par la chute d'une tige de plomb, la plaie est de suite pansée à l'eau phéniquée; quinze jours après l'accident, commencement des contractures tétaniques par les muscles de la mâchoire. Puis les contractures se manifestent sur d'autres muscles, mais la nuque, les muscles du dos, de l'abdomen, des membres inférieurs restent absolument libres; seuls les doigts de la main gauche sont raidis. D'ailleurs, le pouls est régulier, la respiration bien rythmée, il n'y a pas d'hyperthermie, les fonctions digestives se font bien, pas de douleur. L'existence d'un tétanos chronique ou subaigu d'emblée est évidente. On panse la plaie à l'iodoforme, et on administre 12 grammes de chloral par jour, tant par la bouche que par la voie rectale. Jusqu'au 16 août, état stationnaire, mais cependant tendance des membres inférieurs à devenir raidés. Puis brusquement, le 16 août, même crise laryngée produisant un étouffement très sérieux pendant deux heures. Cette crise se renouvelle les jours suivants avec opisthotonos, et les contractures se généralisent. Le chloral est porté à la dose de 18, 20 et 24 grammes. Injections de morphine. Le 1^{er} septembre, la situation enfin est des plus graves.

A ce moment on ampute le petit doigt, et c'est ce qui fait le grand intérêt de cette communication, on injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse 40 grammes de sérum anti-tétanique. A partir de ce moment, l'amélioration se dessine. On continue l'usage du chloral et on fait encore deux nouvelles injections de sérum. Le 10 septembre, le trismus a complètement disparu, et le malade quitte l'hôpital le 17 du mois tout à fait guéri.

Malgré le résultat heureux de cette médication complexe,

M. Berger, dans les réflexions qui suivent l'exposé de l'observation, n'attribue aucune part, dans la guérison, aux injections de sérum antitoxique. M. Nocard, lui, convient que le sérum antitétanique, excellent agent prophylactique, n'a pas, quand le tétanos aigu, à forme rapide, est en voie d'évolution, une valeur curative réelle. Mais quand le tétanos en voie d'évolution est un tétanos chronique, comme dans l'observation de M. Berger, il est certain que le sérum antitoxique peut rendre de grands services.

On se souvient qu'en 1889 il y eut, au sein de l'Académie, une longue, savante et très intéressante discussion à propos précisément du traitement du tétanos. Plusieurs des orateurs qui y prirent part ne pouvaient manquer de venir à nouveau aujourd'hui, à propos de la communication de M. Berger, exposer les résultats de leur expérience touchant cette importante question du traitement du tétanos. Ainsi, M. Verneuil déclare que les indications de l'amputation sont restreintes, mais qu'il faut surtout prendre garde à ce que l'intervention chirurgicale ne devienne pas elle-même une cause d'aggravation pour le blessé. Quant aux injections antitétaniques, elles préviennent l'intoxication, mais sont incapables d'en suspendre la marche et les progrès.

M. Trasbot, s'en tenant seulement à ce que lui a appris l'expérience chez les chevaux, arrive à affirmer que le véritable traitement du tétanos consiste à bien nourrir le malade et à le préserver de toute excitation, si faible en apparence soit-elle. MM. Leblanc, Larrey, Léon Le Fort prennent successivement la parole, le dernier maintient que le chloroforme est dangereux dans le tétanos parce qu'il peut provoquer un spasme de la glotte et entraîner ainsi une mort rapide. Mais la discussion finit par porter sur des points absolument chirurgicaux et elle ne se rattache plus à la neurologie; aussi, quel que soit son intérêt, nous ne pouvons pas la résumer plus complètement.

L. CAMUSET.

BIBLIOGRAPHIE

Du faisceau sensitif. La localisation cérébrale de la sensibilité générale; par Jules Soury, maître de conférences à l'École des Hautes-Études. Articles de la *Revue générale des sciences*, 1894, n^{os} 6 et 8.

Dans ce nouveau travail, M. Soury démontre que la sensibilité générale est en rapport avec ce territoire limité de l'écorce cérébrale, que l'on a appelé pendant longtemps zone psychomotrice.

M. Soury est connu dans le grand public autant que dans le monde savant, et il est bien inutile de rappeler, surtout dans ce recueil, qu'il est un érudit et un savant. Mais puisque j'ai la bonne fortune de présenter une de ses œuvres aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques*, je dois noter ce qui me semble caractériser son esprit de chercheur.

Il s'est livré à bien des travaux divers, à des travaux d'histoire, d'exégèse, de philologie, de physiologie, etc., mais dans le fond, c'est la biologie, c'est l'étude de la vie qu'il a toujours poursuivie, et qu'il poursuit encore, avec le plus d'ardeur. Et de tous les phénomènes vitaux, ce sont les phénomènes psychiques qui l'attirent spécialement. En réalité, M. Soury restera surtout comme psychologue.

Ainsi cette étude actuelle qui se rapporte à la sensibilité, elle comprend de l'anatomie, et de la plus délicate même, puisqu'il s'agit du trajet d'un faisceau particulier à travers la moelle, le bulbe et le cerveau, elle comprend de l'anatomoclinique, de la physiologie et de la pathologie. C'est, dans le fait, une synthèse de recherches d'hôpital et de laboratoire, et cependant, c'est surtout la psychologie que l'auteur a en vue. Mais la psychologie positive et non conventionnelle, la psychologie qui n'est malheureusement pas encore classique, quoiqu'elle ait un représentant éminent au Collège de France, en la personne de M. Ribot.

La psychologie positive n'est, en somme, qu'une branche de

la physiologie, elle est la physiologie des centres nerveux et elle doit être étudiée conformément à la méthode usitée dans les sciences naturelles. L'observation du fonctionnement cérébral chez l'homme à cerveau malade, fournit, on le comprend, d'importants éléments pour son étude, de laquelle toutes les entités métaphysiques de convention doivent, au contraire, être rigoureusement écartées. La tâche n'est, paraît-il, pas facile, la métaphysique parvient sans cesse à se combiner avec les véritables acquisitions scientifiques, si lentement et si laborieusement recueillies, dont elle fausse trop souvent les résultats.

Dans les œuvres de science, donc, la métaphysique c'est l'ennemi; et cette caractéristique des travaux de M. Soury, que je voudrais faire ressortir, c'est précisément le rejet absolu de toute métaphysique.

Voici, analysée en quelques mots, cette dernière étude où l'anatomie et la physiologie offrent au psychologue des arguments tangibles, nullement métaphysiques et réellement scientifiques.

Le but est d'abord de démontrer que le faisceau sensitif, qu'on faisait aboutir aux tubercules quadrijumeaux ou au thalamus ainsi qu'aux régions sous-thalamiques, traverse en réalité la capsule interne et arrive à l'écorce grise des circonvolutions centrales, c'est-à-dire au territoire appelé autrefois centres psycho-moteurs. L'auteur commence donc par une description succincte, mais complète, des voies centripètes de la sensibilité générale. On y trouve les données les plus récentes de l'anatomie qui ne figurent pas toutes dans les traités classiques. A noter, à ce dernier point de vue, le trajet des racines postérieures dans la moelle : Ainsi, les filets nerveux de ces racines qui arrivent à la colonne de Clarke, ceux qui se terminent aux grosses cellules des cornes antérieures, les filets enfin, à trajet des plus complexes, qui traversent d'arrière en avant les cornes postérieure et antérieure, qui passent ensuite dans la moitié opposée de la moelle par le chemin de la commissure antérieure, et qui entrent enfin dans la corne antérieure de ce côté pour aboutir aux grosses cellules de cette corne — ces dispositions mal connues, il y a peu de temps encore, permettent d'expliquer de la façon la plus simple les réflexes médullaires. — A noter aussi le rôle des ganglions vertébraux. Ces ganglions sont les seuls centres trophiques des nerfs sensitifs périphériques, d'une part, et des racines postérieures, d'autre part. Ces dernières n'ont donc pas leur origine dans les cornes

postérieures ; on a vu, en effet, des monstres absolument amyéliques chez lesquels les racines postérieures étaient normalement développées. C'est au sujet de cette fonction de centre trophique, spéciale aux ganglions vertébraux, que M. Soury rappelle l'hypothèse de Marinesco qu'il qualifie de géniale.

Mais je ne peux m'attarder à ces détails si intéressants qu'ils soient. En résumé, les voies ascendantes de la sensibilité générale sont constituées au niveau du bulbe, d'abord par les prolongements des cordons postérieurs de la moelle, issus des noyaux bulbaires de ces cordons, ensuite par les fibres émanées de la substance grise médullaire et ayant passé par les cordons antéro-latéraux (Edinger). Eh bien, ce faisceau sensitif, ruban de Reil, monte plus haut que les ganglions de la base, il aboutit à l'écorce des circonvolutions centrales. Les preuves qu'en fournit l'auteur sont nombreuses, en voici deux entre autres qui sont particulièrement concluantes :

La première est fournie par l'expérimentation. Le cerveau pariétal est enlevé sur un chat ; atrophie consécutive du ruban de Reil, depuis cette région jusqu'aux noyaux bulbaires des cordons postérieurs (Monakow).

La seconde est donnée par l'anatomo-pathologie. Porencéphalie exactement limitée à une partie du manteau d'un hémisphère, les circonvolutions centrales sont détruites, la capsule et les ganglions de la base sont intacts ; dégénérescence et atrophie de tout le système pyramidal, et en plus : atrophie des noyaux des cordons de Goll et de Burdach, des fibres arciformes internes de ces noyaux, du noyau et des fibres sensitives du trijumeau, atrophie enfin du cervelet et du corps calleux (Otto Hoesel). — L'existence du ruban de Reil cortical est donc parfaitement démontrée.

À la zone dite motrice aboutissent, dans le fait, outre les fibres qui unissent le cervelet et les cordons antéro-latéraux à cette zone, et dont les fonctions ne sont pas encore bien déterminées, deux ordres de fibres. Un groupe constitue le ruban de Reil, l'autre le système pyramidal. Les excitations propagées par le ruban de Reil (voie ascendante sensitive), arrivent à la zone dite motrice ; de là elles sont transmises par la voie du système pyramidal (voie descendante dite motrice), aux cellules des cornes antérieures de la moelle. Mais cette dernière voie, la voie pyramidale, elle n'est pas motrice, elle est sensitive au même titre que la voie ascendante, le courant a changé de direction à partir des cellules des circonvolutions centrales, et

c'est là tout. La zone dite motrice elle-même, elle est également sensitive. « *Il n'y a point dans l'organisme d'autre organe moteur que le muscle, les nerfs et les cellules nerveuses n'ont d'autre fonction fondamentale que la sensibilité.* » — Voilà précisément une de ces propositions de haute physiologie dont cette étude est remplie et que je tiens à copier textuellement.

La zone des circonvolutions centrales, autrefois zone psychomotrice, est donc devenue, en même temps que la science progressait, d'abord zone sensitivo-motrice et enfin zone sensitive. Elle reçoit toutes les excitations sensitives, sauf celles des sens spéciaux. et selon toute apparence elle garde les résidus, pour employer un terme de l'Ecole, des sensations musculaires, articulaires et autres, en rapport avec les mouvements du corps. La reviviscence de ces résidus, de ces images sensibles met en action la sensibilité des fibres nerveuses descendantes, ce qui aboutit à l'excitation des muscles auxquels se rendent ces fibres excitées. Les muscles réagissent selon leur propriété spécifique, c'est-à-dire par des mouvements, d'où, en fin de compte, la production des mouvements dits volontaires. — Tel est, dépourvu de tout détail, ce qui me semble bien être le fond de l'étude de M. Soury, étude dont l'importance au point de vue de la science psychologique devient ainsi tellement manifeste, qu'il est superflu de la signaler.

Mais je n'ai encore indiqué qu'une partie de cette étude, car si l'existence du faisceau sensitif fait prévoir la fonction du territoire auquel il se rend, c'est la clinique et la physiologie qui rendent cette fonction évidente; or, les arguments tirés, soit de l'observation, soit de l'expérience, sont nombreux. Et nous arrivons là à une de ces études critiques de physiologie et de pathologie, si claires et si précises, dans lesquelles M. Soury excelle. Les observations cliniques, les vivisections sont analysées, comparées, les procédés de technique expérimentale sont discutés et le point litigieux, quand il existe, est de suite mis en vue. C'est enfin l'œuvre d'un logicien qui a l'habitude des laboratoires.

Je résume un des faits les plus concluants par rapport à la thèse, il est à la fois d'ordre clinique et expérimental, et il constitue une véritable vivisection sur l'homme, il est dû à Coombs Knapp. A la suite d'une blessure à la tête par une balle, le malade présentait de la démence, des attaques épileptiformes et une céphalée insupportable. Pour tâcher de combattre ces symptômes, surtout la céphalée, on appliqua, trente ans

après la blessure, une couronne de trépan. Le chirurgien, en voulant arrêter une hémorragie inquiétante, pratiqua le tamponnement et blessa accidentellement la circonvolution pariétale ascendante gauche à sa partie moyenne. La lésion avait 1 centimètre de diamètre et 3 millimètres de profondeur. A la suite, monoplégie du membre supérieur droit avec altération de la sensibilité dans ce membre : anesthésie, perte du sens musculaire et dissociation de la sensibilité. Un an après, la paralysie et ces troubles sensitifs subsistaient encore.

Je voudrais noter aussi en finissant, mais je suis obligé d'être concis, la discussion de la théorie de Ferrier. Ce savant, on le sait, localise le centre de la sensibilité dans la circonvolution de l'hippocampe et dans celle du corps calleux. M. Soury fait voir qu'il est matériellement impossible d'arriver au gyrus fornicatus sans lésier plus ou moins les parties supérieures des circonvolutions centrales, et que quand on détruit expérimentalement cette circonvolution, on provoque nécessairement des troubles sensitifs.

En somme, M. Soury a traité dans cette étude, avec son talent habituel, une des questions les plus importantes de la physiologie cérébrale qui intéresse particulièrement les aliénistes. On peut espérer qu'il étudiera successivement ainsi, en critiquant et synthétisant les données nouvelles de la science, toutes les principales parties de la physiologie des centres nerveux, et qu'il ajoutera bientôt un second volume à ses *Fonctions du cerveau*.

CAMUSET.

Contributo allo studio di una nuova modalità della sensibilità cutanea (sensibilità igrica) (Contribution à l'étude d'une nouvelle modalité de la sensibilité cutanée (sensibilité hygrique ou de mouillure); par R. Tambroni, directeur du Manicome de Ferrare. — Reggio nell'Emilia, 1894. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XIX.

En 1888, Ramadier, médecin de l'asile de Lafond, publia dans ces *Annales* deux observations cliniques relatives à une sensation non encore différenciée des autres modes de la sensibilité cutanée, la sensation de mouillure. Au dire de la première malade, paralytique générale (quarante-trois ans), tous les objets, ses vêtements, etc., étaient mouillés. De même pour

l'autre malade, atteinte de folie épileptique (soixante-deux ans) avec période d'excitation coïncidant avec les accès et idées de persécution : seul, le contact de la laine ne provoquait pas chez elle la sensation de mouillure. Ce trouble de la sensibilité disparut au bout de deux ans avec les attaques d'épilepsie. La sensibilité générale et spéciale était pour le reste normale chez ces deux malades, à l'exception de l'odorat pour la première et de l'ouïe pour la seconde.

Tambroni vient de publier un troisième cas, « utile, dit-il, non seulement pour l'étude de la sensibilité cutanée, mais comme contribution à la science des localisations fonctionnelles du cerveau relatives à la sensibilité », localisations dont la connaissance est bien moins avancée que celles de la motilité. Il s'agit d'un sujet, E. B..., portefaix, âgé de cinquante-cinq ans, père de plusieurs enfants, dont la mère avait été plusieurs fois enfermée dans le manicomio de Ferrare pour lypémanie périodique et dont la sœur était névropathe. Constitution débile ; abus de liqueurs et de tabac, peut-être de sulfate de quinine (fièvres malariques). Etat avancé d'anémie et de dénutrition à son entrée à l'asile (1887), avec mélancolie et troubles gastro-intestinaux de nature hypocondriaque. Traitement reconstituant ; amélioration. En février 1888, il commença à se plaindre d'une sensation spéciale de mouillure s'étendant à toute la surface cutanée et aux muqueuses externes. Il accusait directement ses sensations en disant : « Je suis mouillé de la tête aux pieds », et, indirectement, en essuyant, en séchant ses vêtements au soleil ou au feu. L'examen, très complet, des différents modes de la sensibilité générale et spéciale, ne fit découvrir d'autre trouble qu'une certaine obtusion de l'ouïe des deux côtés. Erreur de discrimination lorsqu'on expérimentait avec des corps secs et humides : presque toujours il confondait les uns avec les autres. Ces sensations de mouillure se manifestaient sous forme de périodes paroxystiques, à certains jours et à certains moments. Le malade était alors si exalté qu'il criait et devenait violent. Si l'on essayait de lui démontrer la fausseté de ses sensations, en lui faisant observer la sécheresse de sa peau et celle de ses vêtements, il entraînait en fureur et jetait au loin sa casquette, ses souliers, son gilet, etc., invectivant tout le monde ; il en serait venu à des voies de fait si l'on avait insisté. Cette sensation de mouillure, il ne la rattachait d'ailleurs à aucune idée de persécution ; il n'accusait personne ; il s'efforçait uniquement de faire constater la réalité

du phénomène. La fréquence et la vivacité de cette sensation varièrent plusieurs fois, avec des intermittences plus ou moins longues, jusqu'à la mort (janvier 1890; entérite tuberculeuse).

Autopsie, faite vingt heures après la mort. Pâleur de la dure-mère, d'épaisseur normale; arachnoïde présentant çà et là quelques opacités; pie-mère un peu épaissie et hyperémiee sur l'hémisphère gauche, s'enlevant avec une certaine difficulté. Artères de la base non athéromateuses. Pas d'anomalie des circonvolutions. Mais, à la base du cerveau, coloration jaune sale des extrémités antérieures des lobes temporo-sphénoïdaux des deux hémisphères, surtout du droit. Les parties offrant cette coloration étaient ramollies, à l'exception de la partie interne de l'uncus de l'hippocampe. Petits foyers de ramollissement analogues à la surface du cervelet.

Il serait peu rationnel d'attribuer aux lésions du cervelet les désordres de la sensibilité chez ce malade. Il reste à la localiser dans les lobes temporo-sphénoïdaux. Mais que nous enseignent l'expérimentation physiologique et l'observation clinique sur les trois circonvolutions constituant la base du lobe temporo-sphénoïdal, c'est-à-dire sur la T3, le lobule fusiforme et la circonvolution de l'hippocampe? Suivant Tambroni, T3, appendice des deux T1 et T2, pourrait participer des fonctions dont le siège est dans ces circonvolutions, c'est-à-dire de l'audition mentale, tandis que le lobule fusiforme serait en rapport fonctionnel avec la circonvolution de l'hippocampe, centre cortical de l'olfaction, selon la majorité des auteurs, de la sensibilité tactile d'après David Ferrier et ses disciples. Tous les faits d'anatomie et de physiologie sont, on le sait, en faveur de la localisation de l'odorat et peut-être du goût dans les régions de l'hippocampe, et Munk a naguère donné la démonstration expérimentale de l'erreur de Ferrier. Mais, en clinique, les lésions exactement limitées à ces régions ont jusqu'ici très rarement été notées.

Or, dans les deux cas de Ramadier (paralysie générale, épilepsie) comme dans celui de Tambroni (hallucinations et inversion de la sensation hygrique ou de mouillure), le désordre spécial de la sensibilité dont il s'agit dérivait certainement d'une lésion de l'écorce cérébrale. En outre, dans les trois cas, des troubles de l'ouïe et de l'odorat étaient associés à celui de la sensibilité. Mais l'ouïe et l'odorat étant localisés dans le lobe temporo-sphénoïdal, Tambroni incline à croire que le siège de la sensibilité hygrique doit se trouver « dans la partie anté-

rieure, inférieure et interne » de ce lobe. La rareté des cas observés, il l'explique par celle de la bilatéralité de la lésion. Si, en effet, la lésion est unilatérale, la suppléance est possible et le trouble demeure latent.

Mais, alors même qu'on admettrait qu'il suffit de trois observations cliniques pour proposer un nouvel essai de localisations fonctionnelles du cerveau, — celle du centre cortical de la sensibilité hygrique, — ne serait-il pas prudent de s'assurer d'abord, je le demande, de l'existence réelle, autonome, physiologique, de cette prétendue modalité de la sensibilité cutanée, que l'on dédouble déjà en deux sens distincts, ceux du mouillé et du sec, à l'instar des sens du chaud et du froid de la sensibilité thermique? Tambroni se déclare prêt, d'ailleurs, à renoncer à son hypothèse si de nouvelles observations cliniques ou expérimentales en ébranlent la solidité, qui me paraît, en effet, des plus fragiles.

JULES SOURY.

Tumeurs encéphaliques et localisations fonctionnelles dans l'encéphale; par J.-B. Thirion. Th. de Lille, 1893.

Une observation personnelle d'un cas de tumeur intra-cranienne et deux observations inédites, extraites du registre des autopsies de l'asile des aliénés de Bailleul, où l'auteur a été interne, ont été l'occasion de ce travail des plus méritoires. Des trois chapitres dont se compose cette thèse, le premier contient un *Aperçu sur les centres fonctionnels de l'écorce*, assez complet en sa brièveté. On peut regretter d'y retrouver l'inévitable division du cerveau en cerveau intellectuel, cerveau moteur et cerveau sensoriel. Mais cette erreur de tradition et de transition, qui n'est qu'une survivance de l'antique distinction de l'âme et du corps, est bien plus l'œuvre des maîtres actuels de la jeunesse, en médecine comme en toute autre discipline, que celle des étudiants. Les deux chapitres suivants, consacrés à la symptomatologie et au diagnostic des tumeurs encéphaliques, rappellent les règles données par Weir et Séguin, par Byrom Brainwell, par Knapp. Tous ces signes manquent de précision, comme le reconnaît l'auteur dans ses conclusions, et le diagnostic du siège exact des tumeurs cérébrales « est à peu près impossible dans la majorité des cas ».

Il était plus optimiste dans son Introduction. Sans doute, une tumeur intra-cranienne, comprimant plus ou moins une

partie de l'encéphale, peut rester silencieuse, et un néoplasme cérébral ne peut servir à déterminer les centres fonctionnels de l'écorce avec la même exactitude qu'une lésion destructive ou expérimentale, mais M. Thirion avait certainement le droit de dire que, « tout en tenant compte des retentissements à distance, une tumeur, qu'elle dépende des méninges ou de l'encéphale, peut n'offenser que les parties mêmes sur lesquelles elle siège », grâce à la tolérance et à l'accoutumance des tissus et des organes pour les néoplasmes qui naissent et croissent lentement. S'il en est ainsi, nous pouvons conclure, disait-il dans ses prolégomènes, « jusque dans certaines limites, qu'une tumeur développée dans les circonvolutions rolandiques, par exemple, devra s'accompagner de phénomènes sensitifs ou moteurs, tels qu'on les observe quand ces circonvolutions sont lésées par une destruction limitée, expérimentale ou pathologique », que la lésion intéresse l'écorce elle-même ou les conducteurs sous-jacents. Enfin, à l'objection de l'irradiation du néoplasme, il a répondu qu'on peut invoquer les mêmes effets pour tout foyer d'hémorragie ou de ramollissement.

JULES SOURY.

La paralisià progressiva nell' Italia Meridionale (La paralysie générale dans l'Italie du Sud); par le Dr Raphaël Roscioli, directeur-médecin de l'asile *Fleurent*. Nocera, 1891.

Etudier l'expansion de la maladie dans les six provinces qui envoient à *Fleurent* leurs aliénés; — analyser les symptômes présentés par 125 sujets, dont 16 femmes; — procéder, finalement, à un minutieux examen étiologique, tel est le triple but que se propose l'écrivain.

La réponse à la première question est que : la paralysie générale semble gagner depuis quelques années, particulièrement dans les provinces de *Bari* et *Salerno*; les hommes seuls fournissent le contingent de cette progression, le nombre des femmes restant stationnaire.

Eu égard au chiffre des malades admis durant les neuf années 1882-1890, la proportion des paralytiques est de 6.13 p. 100; l'âge moyen oscille entre quarante et cinquante ans; les professions le plus fréquemment représentées sont celles de maigre importance et dont le sédentarisme est la règle : les tailleurs, cordonniers, coiffeurs (22) sont en nombre

double des marchands de vin, aubergistes, cafetiers, d'une part (12), des gens à profession libérale, de l'autre (médecins, avocats, pharmaciens, ingénieurs, etc. (10).

En ce qui concerne la deuxième question, M. Roscioli s'est d'abord attaché à découvrir dans quelle sphère — physique ou morale — ont éclaté les symptômes initiaux. Sur 109 hommes, 85 manifestèrent, au commencement, des altérations psychiques : variations d'humeur et de caractère, prodigalité, idées ambitieuses, etc. ; chez 4 autres, les troubles intellectuels et moteurs apparurent à la fois ; pour le restant, des phénomènes somatiques ouvrirent la scène. Parmi les femmes, l'affection débuta 14 fois par des modifications mentales ; deux fois, par l'une et l'autre espèce de signes.

Les rémissions n'ont jamais été durables, ni profondes. Le type réactionnel le plus ordinairement observé fut la manie avec délire vaniteux (60 hommes, 10 femmes). La forme mélancolique se montra chez 17 hommes, dont 8 avec idées de persécution et 2 avec micromanie ; chez les femmes, 2 cas seulement. L'embarras de la parole, avec trémulation de la langue et des lèvres, fut noté à peu près constamment, à des degrés variables. Furent relevés, en outre : des troubles pupillaires dans 39 cas, dont 22 de mydriase unilatérale droite et 7 de myosis double ; — des anomalies du réflexe rotulien dans la proportion de 57 p. 100 ; — des attaques congestives, épileptiformes ou comateuses fréquentes et meurtrières. 30 des paralytiques hommes eurent la mort à cette cause ; seul, le marasme compta plus de victimes à son actif (36). La durée moyenne de l'affection fut de deux ans.

Passant à l'examen étiologique, l'auteur signale la méningo-encéphalite comme ayant sévi plus particulièrement sur des gens mariés et nantis de famille ; ce qui proviendrait, selon lui, des préoccupations, des charges, des soucis inhérents à cette condition. Quant à l'influence de la profession, on ne saurait l'admettre qu'avec une extrême réserve ; c'est moins elle que le genre de vie en résultant qu'il faudrait incriminer (Christian). Dans nos 125 exemples de paralysie, le traumatisme est à invoquer 13 fois comme agent causal ; il paraît avoir sur le cerveau une même action, quelle que soit la région lésée, crâne ou membres. Notons cependant, que 9 d'entre ces sujets révèlent en plus de l'accident souffert des tares familiales accentuées : le *trauma* pourrait donc bien, en maintes circonstances, n'avoir eu dans l'éclosion du mal qu'un rôle accessoire, secon-

daire. Aussi, les 4 derniers malades restent-ils sous le coup d'une suspicion légitime, les familles n'aimant, pas plus en Italie qu'en France, à divulguer leurs déficiences pathologiques ou morales.

La syphilis s'est rencontrée avec certitude chez 22 hommes et 2 femmes; on l'a admise comme probable dans 9 autres cas, dont 8 hommes. Concurrément avec la diathèse, 15 individus mâles accusaient des antécédents héréditaires ou personnels suffisants, semble-t-il, pour provoquer à eux seuls la paralysie générale.

L'alcoolisme n'existant pas au sens propre du mot dans l'Italie méridionale, ce facteur manque totalement au cadre étiologique dressé par M. Roscioli. Tout au plus signale-t-il quelques excès de boisson durant le stade initial de la désorganisation cérébrale, résultat et non pas raison de celle-ci.

Refusant toute créance à une hérédité spéciale dite *congestive*, l'auteur se range plutôt à l'opinion de M. Christian; à son avis, les paralytiques sont, peut-être, des prédisposés, mais sans que rien, au point de vue originel, les distingue nettement des autres candidats à l'aliénation. Le groupe des héréditaires comprend 34 hommes et 5 femmes, soit 39 personnes; chiffre sur lequel 22 individus comptent des ascendants ou des collatéraux atteints de folie proprement dite, c'est-à-dire à l'exclusion des névroses: « résultat qui dépose contre l'opinion de certains aliénistes français, notamment de M. Régis. » Les recherches ont encore porté sur les signes de dégénérescence physique perceptibles chez les paralytiques en observation, sur l'état sanitaire intellectuel ou moral de leurs géniteurs, et, enfin, dans un même ordre d'idées, sur leur propre descendance. Ces investigations, malgré tout l'intérêt qu'elles éveillent, n'ont donné rien de bien concluant, vu le petit nombre des éléments disponibles. Si, par contre, la variété des causes morales est remarquablement élevée, l'auteur ne semble leur attribuer dans l'espèce, qu'une valeur insignifiante. De sorte que, pour lui, la série des facteurs étiologiques admissibles dans la genèse de l'encéphalite diffuse, s'écrit selon la progression décroissante que voici: 1° hérédité; 2° syphilis; 3° traumatisme et, en dernier lieu, alcoolisme. D'où cette conclusion que: si les aliénistes allemands et français, partisans exclusifs de la syphilis et de l'alcoolisme, n'ont commis, eux non plus, aucune erreur dans leurs statistiques, les divergences entre tant d'opinions, « démontrent qu'il n'existe pas de cause unique et spé-

ciale, capable de susciter à elle seule la paralysie générale progressive, mais, au contraire, que les causes en sont multiples, chacune d'elles pouvant agir avec plus ou moins de fréquence, plus ou moins d'énergie et d'après une modalité différente, selon les cas... »

D^r NICOULAU.

La Pazzia nelle guardie doganali (La folie chez les douaniers); par le D^r Romain Pellegrini, médecin sous-directeur de l'asile provincial de Catanzaro. Girifalco, 1891.

La statistique sur laquelle s'appuie M. Pellegrini a le grave défaut de ne réunir qu'un chiffre bien maigre d'éléments. Les cinq observations rapportées sont fort intéressantes, sans doute; on souhaiterait seulement de les voir plus nombreuses. Mais l'asile de Girifalco abrite une faible population; relativement à la somme des malades, dit l'auteur, le petit groupe envisagé acquiert donc une certaine importance. En outre, l'armée qui, dans la province de Catanzaro, entretient sept fois plus d'hommes que la douane, n'envoie à l'asile que trois aliénés contre cinq fournis par le fisc. Un autre fait, digne d'attention, consiste dans la tendance à la chronicité que manifestent les variétés psychopatiques particulières aux gens de douane; tandis que les militaires, eux, ne tardent pas à sortir, guéris ou améliorés. Des cinq malades en question, deux sont impulsifs (suicide), deux autres sitiophobes, le dernier persécuté.

L'affection ne relèverait, en aucun cas, de l'hérédité, de l'alcoolisme ou de la syphilis; l'impaludisme n'aurait lui-même rien à y voir. La véritable raison des troubles intellectuels qui frappent les douaniers git, selon M. Pellegrini, dans le défaut de sommeil. Constamment en alerte, sans cesse aux aguets, ne dormant, pour ainsi parler, que d'un œil, éveillés en sursaut dix fois par nuit, exposés en outre à toutes les inclemences du ciel, ces hommes mènent une existence fiévreuse, toute de surmenage, qui les prédispose à des perturbations mentales dont l'auteur dit, en ses conclusions :

1° Comparées à celles qui frappent la troupe, ces psychoses sont énormément plus fréquentes ;

2° Les formes en sont plus graves ;

3° Elles résultent de la cause susénoncée.

D^r NICOULAU.

Sul delirio da influenza (Du délire grippal); par le D^r Raphaël Canger, médecin en chef de l'asile Victor-Emmanuel II. Nocera Inf., 1892.

Il ne s'agit pas ici d'une affection mentale consécutive à l'accès de grippe, mais d'un état délirant particulier, observé durant cet accès. Les faits cliniques rapportés sont au nombre de quatre; les trois premiers ont trait à des hommes, le dernier à une femme. Tous ces malades, du troisième au cinquième jour de leur indisposition, se prirent à babiller, à faire montre d'une expansion, d'une volubilité, d'une activité motrice absolument anormales, la nuit aussi bien que le jour, l'insomnie étant de règle. Au début, la situation n'était que pénible pour les proches; elle ne tarda pas à devenir critique, l'hyperexcitation venant à s'accroître jusqu'à la manie, et le patient, en butte à des hallucinations visuelles, méconnaissant les siens qu'il menace ou violence quand il le peut. La femme, elle, éprouva des illusions de tous les sens, une altération profonde des sentiments affectifs moraux, en même temps que des impulsions génésiques. Chez aucun des sujets, l'accès ne dura plus de cinq à six jours; chez aucun, la température ne s'éleva au-dessus de 39 degrés. Tous guérirent sans trouble intellectuel consécutif.

Après discussion approfondie des faits qu'il vient d'exposer, l'auteur, se rangeant à l'opinion qui voit dans la grippe un processus d'origine infectieuse, microparasitaire, donne le délire par lui décrit comme le résultat probable d'une intoxication généralisée, avec réaction cérébrale. L'agent morbifique serait la *grippe-toxine* (Althaus).

D^r NICOLAU.

L'Hypnotisme; par le D^r Foveau de Courmelles. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque des Merveilles*. Paris, Hachette, 1890.

Ce n'est pas une tâche aisée que d'instruire le grand public et de mettre à sa portée les questions scientifiques dont l'étude n'est pas même entièrement ébauchée. Comment lui exposer dans un langage suffisamment intelligible les théories de la Salpêtrière sur l'hypnotisme, celles de Nancy, celles de la Charité, celles des mesméristes et des magnétiseurs anciens et modernes, en montrant, entre tant de doctrines variées, les points de contact et les différences irréductibles, et sans

prendre parti plutôt pour l'une que pour l'autre ? Telle est pourtant l'œuvre que l'auteur de ce livre a menée à bonne fin et dont il convient de le féliciter. Il prend son lecteur par la main et le conduit au pays des merveilles, le fait assister aux expériences des hommes célèbres, et ne le laisse, au bout du voyage, que fasciné, extasié lui-même et pourtant rassuré ; car si, au milieu de toutes ces choses troublantes, il a conçu quelques craintes pour le libre arbitre des sujets d'expériences, l'auteur a soin de lui démontrer que l'hypnotisé, malgré la suggestion et les apparences, reste libre et que *sa volonté subsiste malgré tout*. Ainsi la morale est sauve, l'orthodoxie du livre de M. Foveau de Courmelles n'est pas suspecte et le père pourra en permettre la lecture à son fils.

A. C.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Psychiatrische Vorlesungen. VI Heft : Ueber Manie. Ueber Alcoholismus. Ueber Simulation und Verknennung des Irrensins (Leçons de psychiatrie. Sixième fascicule : La manie, l'alcoolisme, la folie simulée et la folie méconnue) ; par V. Magnan. Traduction allemande, par P. J. Mœbius. Broch. in-8° de 54 pages. Leipzig, G. Thieme, 1893.

— Le salon de Madame Helvétius. Cabanis et les idéologues ; par Antoine Guillois. 2° édit., 1 vol. in-18 de 340 pages, orné de deux portraits d'après des originaux inédits. Paris, Calmann Lévy, 1894.

— De l'éducation de l'enfant dans la famille et de sa signification ; par le D^r P. Lesshaft, professeur d'anatomie à Saint-Pétersbourg. 1 vol. in-8° de 269 pages. Paris, Albert Schultz, 1894.

— Contributo allo studio di una nuova modalità della sensibilità cutanea, sensibilità igrica (Contribution à l'étude d'une nouvelle modalité de la sensibilité cutanée, la sensation de mouillure) ; par le D^r Ruggero Tambroni. Broch. in-8° de 17 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria et di medicina legale*, 1893.

— La contagion du meurtre. Etude d'anthropologie criminelle ; par le D^r Paul Aubry, 2° édit., entièrement refondue, avec une préface du D^r Correc. 1 vol. in-8° de 308 pages, de la Biblio-

thèque de philosophie contemporaine. Paris, Félix Alcan, 1894.

— Note sur la nécessité de témoins dans les expériences de tératologie expérimentale. — Note sur l'influence des enduits partiels sur l'incubation de l'œuf de poule. — Note sur le défaut d'indépendance des mouvements de la langue et sur la fréquence des stigmates de dégénérescence chez les sourds-muets. — L'oligodactylic cubitale dans l'hémiplégie infantile et dans la dégénérescence. — Expériences sur la puissance tératogène ou dégénérative des alcools dits supérieurs. — Note sur l'action tératogène de l'alcool méthylique; par Ch. Féré. Broch. in-8° de 16 pages. Extrait des *Comptes rendus de la Société de Biologie et de la Société médicale des hôpitaux*, janvier-mars 1894.

— L'organisme humain. Discours prononcé à la séance de rentrée des Facultés, le 8 novembre 1892, par le D^r Bernheim, professeur à la Faculté de médecine. Broch. in-8° de 13 pages. Extrait de la *Revue médicale de l'Est*. Nancy, 1892.

— La ventosa di Junod nella pratica manicomiale. Note clinique (Notes cliniques sur la ventouse de Junod dans la pratique manicomiale); par le D^r G. Antonini, du manicomio de Bergame. Broch. in-8° de 8 pages avec planche. Extrait de la *Gazzetta medica di Torino*, 1894, n° 12.

— Thirty fourth annual Report of the medical superintendent of the Matteawan State Hospital, Matteawan, N. Y., for the Year ending september 30th 1893 (Trente-quatrième rapport annuel du superintendant médical de l'hôpital d'Etat de Matteawan, N. Y., pour l'exercice finissant le 30 septembre 1893). Broch. in-8° de 52 pages 1894.

— Les grands aliénistes français; par le D^r René Sémelaigne. Tome I^{er}, Ph. Pinel, Esquirol, Ferrus, J.-P. Falret, Félix Voisin, Georget. 1 vol. in-8° de 414 pages avec portraits. Paris, G. Steinheil, 1894.

— Sul peso specifico dell' orina nelle malattie mentali. Nota clinica (Note clinique sur le poids spécifique de l'urine dans les maladies mentales); par le D^r Umberto Stefani, 10 pages in-8° avec planche. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria*, etc., 1894.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 30 avril 1894

Présidence de M. SEHELAINNE

L'assemblée s'est tenue, rue de l'Abbaye, à trois heures.
M. le Président donne la parole à M. Bouchereau, secrétaire,
pour le rapport annuel.

MESSIEURS,

Les demandes de secours se présentent chaque année plus nombreuses et plus pressantes : aussi le conseil se fait un devoir de les accueillir dans la plus large mesure ; mais les ressources mises à sa disposition sont très limitées, c'est avec le plus grand regret que nous nous voyons obligés de ne pas accorder davantage. La mort a creusé des vides parmi nous ; pour les combler, il faudrait recueillir des adhésions nouvelles en plus grand nombre. En ce jour, nous nous adressons à vous tous avec instance et nous vous prions de vouloir bien solliciter le concours généreux de nos jeunes confrères ; beaucoup d'entre eux négligent de s'unir à nous dans le but de secourir des infortunes souvent imméritées. Le taux de la cotisation est peu élevé ; nul de nous ne connaît l'avenir réservé à lui-même ou à sa famille : la lutte pour l'existence devient de jour en jour plus âpre ; la maladie, le malheur frappent à l'improviste les plus courageux. Nous voyons des confrères très méritants, succomber en laissant dans un dénuement complet une femme et des enfants en bas âge ; or, si ces confrères avaient adhéré à notre association, s'ils avaient prélevé sur leur budget annuel une somme bien modeste, ils eussent assuré à ces êtres si chers un secours momentané qui pouvait améliorer leur situation et changer les conditions de leur existence dans l'avenir. Nous ne devons assister que les membres de notre association ou leurs familles ; cet article de nos statuts nous lie d'une façon absolue.

Le décès de M. Blanche a provoqué des modifications au sein du conseil. M. Semelaigne père a été élu président, et M. Dagonet père, vice-président. Ces élections ont appelé à notre tête deux confrères éminents, estimés de tous par leur talent, leur caractère, leur dévouement; ils appartiennent à des familles qui ont rendu de grands services à notre spécialité, et ils ont la joie de trouver chacun dans un de leurs fils de dignes successeurs de leurs noms; remercions-les de vouloir bien accorder à notre œuvre une participation aussi généreuse qu'utile.

Depuis notre dernière assemblée, l'association a perdu quatre membres fondateurs et un sociétaire: leur mort a provoqué parmi nous des regrets sincères; leurs confrères, leurs amis ont rendu à leur mémoire l'hommage que méritaient leurs services, mais il y aurait injustice à ne pas évoquer encore une fois devant vous leur souvenir.

M. Blanche a été notre président pendant quelques années seulement; mais il avait servi notre œuvre dès le début au sein du conseil. Après M. Baillarger, il est un de ceux qui ont le plus contribué à la développer; il se montrait très assidu à nos séances; il donnait largement de son temps, de sa bourse; il plaidait avec éloquence la cause des infortunés, réchauffant les plus indifférents, se multipliant en toute circonstance et excitant parmi nous une émulation généreuse. Nul n'a fait de bien comme lui avec plus de discrétion, de jugement et de cœur. Sa vie a été très utile, il a laissé des exemples dont les jeunes pourront profiter; il s'est montré praticien de grand talent, médecin légiste sagace, et pour tous, confrère de relations si cordiales et si douces, sachant user de fermeté à l'égard de défaillances morales que sa probité condamnait. J'ai été heureux de le rencontrer au début de ma carrière, plus tard de l'apprécier dans mon âge mûr, de concevoir pour lui le plus grand estime en devenant le confident de certaines de ses actions que le devoir professionnel m'oblige à ne pas révéler, et qui lui feraient beaucoup d'honneur, si on pouvait les connaître. A ses funérailles, confrères et amis ont exprimé en termes éloquents la reconnaissance que tous éprouvaient pour le nom de M. Blanche et les regrets que sa perte éveillait parmi nous.

Delasiauve s'est éteint dans un âge avancé. Né dans une condition modeste, il est arrivé à la célébrité par son travail, son instruction, les qualités de son esprit; son journal, ses écrits sur l'épilepsie, l'idiotie ont répandu sa renommée au loin; chez lui l'abondance n'exclut pas toujours la élarté; la critique est libre de s'exercer sur toute son œuvre sans diminuer beaucoup le savant. Quant à l'homme, il est hors de discussion: patriote convaincu, Delasiauve a toujours combattu pour la liberté et la vérité, il n'a jamais songé aux dommages

que sa fortune pouvait courir; on l'a vu se mesurer au plus grand polémiste du siècle; Delasiauve a reçu quelques blessures dans la lutte. Or, on prononce à peine le nom de son adversaire aujourd'hui, et le nom de Delasiauve demeurera longtemps inscrit dans l'histoire de la médecine mentale.

Delasiauve était d'une modestie rare. Sous l'Empire, il a refusé la Légion d'honneur, ayant été un des plus ardents parmi nous lors des élections qui devaient ouvrir à l'opposition les portes du Corps législatif. Arrivé au pouvoir, le parti républicain l'a oublié; un de ses élèves s'en souvint, aussi porté lui-même sur une liste de propositions comme chevalier de la Légion d'honneur. Bourneville, son élève, son ami le plus dévoué, vint demander que le nom du vieux maître fût substitué au sien; cette abnégation eut un résultat inattendu; aucun des deux noms n'a figuré sur la liste définitive : l'un est mort sans avoir reçu cette distinction si méritée, et l'autre attend encore. La bonne humeur de Delasiauve ne subit aucune atteinte; ils connaissaient trop bien les hommes pour en marquer de l'étonnement. Ses confrères, ses élèves, ont suivi son convoi avec une émotion respectueuse, à travers le quartier des Ecoles, où Delasiauve était connu et estimé autant en qualité de citoyen que de médecin, toujours dévoué à la cause des faibles et des malheureux.

Labitte (Gustave) a été associé à ses deux frères dans l'établissement de Clermont (Oise), où il remplissait les fonctions délicates de médecin traitant. Cette maison, fondée par leur père, est parvenue à un moment à un haut degré de prospérité. Longtemps elle a été connue en Europe comme la colonie la plus remarquable, dans laquelle on avait institué le travail agricole comme un mode de traitement destiné à améliorer la condition des aliénés indigents. Pendant des années, les Labitte avaient vécu heureux, tranquilles, conservant auprès d'eux leur vieille mère qui les avait aidés durant les jours d'épreuve. Un événement imprévu, tragique, dont les Labitte n'étaient pas personnellement responsables, est survenu dans l'établissement et a tout bouleversé. Un des frères avait eu probablement le tort de se mêler trop activement aux luttes ardentes de la politique; alors le malheur, la maladie sont entrés dans cette famille. La mort les a frappés successivement; les départements de Seine-et-Oise et de l'Oise en prenant à leur compte l'œuvre des Labitte ont montré que la pensée de ces hommes devait leur survivre. En mourant, les Labitte ont eu au moins la consolation de savoir que la Colonie agricole fondée par leur famille continuerait à exister sous une autre forme.

Etoc Demazy est mort à l'âge de quatre-vingt-huit ans; reçu le premier au concours de l'internat des hôpitaux de Paris, Esquirol l'avait remarqué et le fit placer à la tête de l'asile des

aliénés du Mans. Toute son existence s'est passée dans ce milieu, cet établissement est son œuvre ; aussi jusqu'au dernier jour, ses compatriotes lui ont témoigné leur estime et leur reconnaissance ; on appréciait son savoir, on avait recours à ses conseils. Sans bruit, il a fait beaucoup de bien ; il avait acquis une grande autorité au sein des Comités et Sociétés médicales de son département ; il a été officier de la Légion d'honneur et membre correspondant de l'Académie de médecine. Ces récompenses sont venues le trouver, il ne les avait pas recherchées.

Frièse était sociétaire. Il descendait d'une famille primitivement originaire de la Pologne. Son père avait suivi la fortune de la grande armée, formée par Napoléon I^{er} contre la Russie et subi la destinée malheureuse de tant de soldats ; il était entré en France avec ce qui restait de ses troupes et s'était fixé dans le pays où il s'est marié. Deux fils lui sont nés, l'un est entré à l'école des Beaux-Arts ; l'autre a embrassé la carrière médicale et soutenu une thèse remarquée sur la paralysie générale. Tous deux se sont montrés très dévoués à la France, dans la dernière guerre si désastreuse.

Frièse, le médecin, a pris une part active au dernier soulèvement des provinces polonaises attribuées à la Russie ; malgré leur courage, les Polonais ayant succombé sous l'effort des troupes russes mieux pourvues, beaucoup d'entre eux furent tués, d'autres faits prisonniers et transportés en Russie. Quelques-uns réussirent à se cacher, à fuir à travers les forêts, à gagner l'Autriche et plus tard le Danemark ; Frièse fut de ce nombre. Avec d'autres hommes que la défaite n'avait pas abattus, il s'associa à une expédition destinée à opérer sur les côtes de la Baltique, son bateau fut coulé et il eut encore la chance d'être sauvé avec un petit nombre d'hommes. Que de bravoure dépensée des deux côtés ! Frièse possédait une énergie peu commune. En 1870, les deux Frièse se placèrent dans les rangs des défenseurs de Paris, l'artiste a été tué au combat de L'Hay et son nom figure parmi les élèves des Beaux-Arts tués comme Regnault au service de la France.

Le médecin a assisté aux divers engagements livrés sous Paris. Pour sa conduite à Champigny, il fut l'objet d'une proposition comme chevalier de la Légion d'honneur.

Il nous a paru équitable de rappeler la conduite des deux Frièse. La grandeur d'un pays se fonde le plus souvent après des luttes très douloureuses ; le patriotisme d'un Russe ne doit ressentir aucune souffrance de ces souvenirs.

Frièse se trouvait fort embarrassé, la guerre finie, quand deux de nos excellents confrères, MM. Mesnet et Motet, l'accueillirent dans leur maison et lui facilitèrent l'entrée de notre spécialité ; de là, il passa à l'asile de Clermont (Oise), dirigé par les Labitte, plus tard, à Cadillac et à Larocheqandon (Mayenne), en

qualité de directeur-médecin en chef ; la mort le surprit à l'âge de cinquante-cinq ans, pendant qu'il cherchait à transformer l'établissement confié à ses soins et dans lequel il avait déjà réalisé des améliorations importantes.

Notre association a perdu en 1894 :

Quatre membres fondateurs : MM. Blanche, Delasiauve, Etoc Demazy, Gustave Labitte.

Un sociétaire : M. Frièse.

M. Mordret, ayant été mis à la retraite, a envoyé sa démission.

Elle compte en ce jour :

Fondateurs.	75
Sociétaires.	65
Total	<u>140</u>

Le ministère de l'intérieur continue l'allocation de 1,500 fr. qu'il nous attribue depuis des années, et nous l'en remercions, ainsi que les asiles souscripteurs au nombre de trente, dont le nom suit avec le chiffre des sommes qu'ils consentent à nous accorder.

Asile d'Aix	50 fr.
— d'Armentières	100
— d'Auch.	100
— d'Auxerre	100
— de Bailleul.	100
— de Bassens.	100
— de Blois.	100
— de Bordeaux.	100
— de Bron	100
— de Châlons.	100
— de Clermont (Oise).	100
— de Dijon.	100
— de Dôle	100
Etablissement Sainte-Marie	50
Asile d'Evreux.	100
— de Fains.	100
— de Larocheqandon	100
— de Maréville	100
— de Montdevergues	100
— de Pau.	100
— de Prémontré	100
— de Quatre-Mares.	100
— de Quimper	100
— de Rennes	100
— de Saint-Dizier.	100

Asile de Saint-Lizier.	100
— de Saint-Yon	100
— de Saint-Venant	100
— de Toulouse	100
— de Vannes.	100
Subvention du ministère de l'intérieur. .	1,500

La situation financière peut être envisagée avec satisfaction ; grâce à l'exposition si claire de M. Mitivié, notre dévoué trésorier, chacun de vous peut s'en rendre un compte aussi facile qu'exact :

Les recettes de l'année 1893 jointes au reliquat de 1892 au 31 décembre, s'élèvent à la somme de 14,937 09 ainsi répartie :

En caisse au 31 décembre 1892.	2,713 50
Cotisations.	2,830 »
Souscriptions d'asiles.	2,775 »
Subvention du ministère de l'intérieur. . . .	1,500 »
Remboursement d'une obligation de chemin de fer du Midi.	491 »
Intérêts des capitaux placés.	4,492 95
Don de M. Semelaigne.	100 »
Intérêts du dépôt du Crédit foncier	8 58
Recouvrements remboursés.	26 06
Total	14,937 09

Les dépenses de 1893 ont atteint le chiffre de 12,028 44 ainsi décomposé :

1° Secours à la veuve d'un ancien fonctionnaire ne faisant pas partie de l'Association	800 »
2° Secours à trois veuves d'anciens internes d'asile	600 »
3° Secours à deux fils de sociétaires.	300 »
4° A dix veuves de fondateurs ou sociétaires .	7,200 »
5° A deux sociétaires en retraite	1,000 »
6° Rachat d'une obligation du Midi.	407 20
7° Achat de 50 fr. de rente 3 p. 100.	1,626 05
8° Frais d'imprimerie, recouvrements, timbres, envois de secours	95 19
Total	12,028 44

De l'examen de ces chiffres, il résulte :

1° Qu'il restait en caisse au 31 décembre 1893 une somme de 2,908 60
déposée au Crédit foncier dans le but de permettre la distribution de secours dès la fin de janvier, avant la rentrée des cotisations et des intérêts de l'année.

2° Que les secours distribués jusqu'à ce jour s'élèvent à la somme de 153,640 »

3° Que le capital placé suivant les statuts et augmenté des différents legs reçus représentent environ. 122,325 »

Ce capital comprend les valeurs suivantes :

1,565 fr. de rente 4 p. 100 à convertir.

2,018 fr. de rente 3 p. 100.

43 obligations du Midi; à ces valeurs, il faut ajouter 10,000 fr. du legs Foville qui seront encaissés en 1894 par suite du décès de M^{me} veuve Foville.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1894 sont les suivantes :

En caisse au 1 ^{er} janvier 1894.	2,908 60
Cotisations.	2,880 »
Souscriptions d'asiles.	2,775 »
Subvention du ministère de l'intérieur.	1,500 »
Intérêts des capitaux.	4,640 »

Total 14,653 60

Sur cette somme et conformément à l'article 14 des statuts, on peut disposer d'environ. 12,000 »

Dans sa dernière réunion, le Conseil a dû allouer les secours suivants pour le 1^{er} semestre :

1° A deux sociétaires retraités	550 »
2° Au fils d'un sociétaire.	100 »
3° A deux femmes de sociétaires malades.	600 »
4° A dix veuves de fondateurs ou sociétaires	2,550 »

Total 3,800 »

Il resterait un solde de 8,200 fr. sur lequel le Conseil a décidé de vous proposer d'accorder les sommes suivantes :

1° La continuation du secours réduit à	600 »
que depuis la fondation l'Association accorde à la veuve d'un médecin attaché au service des aliénés et non sociétaire ;	
2° Un secours de	550 »
à répartir entre trois veuves d'anciens internes d'asiles.	
Ces différentes sommes distribuées laisseraient disponibles.	7,050 »
Sur lesquels il y aura à prélever, suivant les prévisions, pour le 2 ^e semestre	4,500 »
Il resterait donc une somme de.	2,550 »
pour parer aux éventualités nouvelles.	

L'assemblée approuve par son vote les diverses propositions que le Conseil lui a soumises, conformément aux statuts, et adresse à M. Mitivié, trésorier, ses plus chaleureux remerciements pour la manière dont il gère les finances de l'Association.

Les membres du Conseil sortants et rééligibles sont :

MM. Giraud, Goujon, Mesnet, Rousselin, Semelaigne ;
MM. Rousselin et Donnet ont donné leur démission ;
MM. Giraud, Goujon, Mesnet, Semelaigne sont réélus.
MM. Loiseau et Meuriot remplacent MM. Donnet et Rousselin, démissionnaires.

Le Conseil est ainsi composé :

M. Semelaigne, président ;
M. Dagonet, vice-président ;
M. Mitivié, trésorier ;
M. Bouchereau, secrétaire.

La séance est levée à quatre heures.

BOUCHEREAU.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 9 juin 1894* : M. le D^r DUBUISSON (Max), médecin-directeur de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est promu à la 2^e classe de son grade (6.000 francs).

— *Arrêté du 1^{er} juillet 1894* : MM. les D^{rs} CORTYL (Germain), médecin-directeur de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais) et VALLON (Charles), médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine), sont promus à la classe exceptionnclle de leur grade (8.000 francs) ;

M. le D^r DUBUISSON (Paul), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne (Seine), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7.000 francs).

— *Arrêté du 9 juillet 1894* : M. le D^r MAUPATÉ, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics (Concours de Lille du 1^{er} juin 1894), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord) et placé dans la 2^e classe de son grade (2.500 francs).

— *Arrêté du 10 juillet 1894* : M. le D^r DERICO, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), est nommé médecin-directeur de l'asile d'Alençon (Orne), en remplacement de M. Pagès, décédé, et placé dans la 3^e classe de son grade (5.000 francs) ;

M. le D^r VIALON, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics (Concours de Lyon du 1^{er} juin 1894), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dijon, et placé dans la 2^e classe de son grade (2.500 francs) ;

M. le D^r CHARUEL, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics (Concours de Nancy du 4 juin 1894), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse), et placé dans la 2^e classe de son grade (2.500 francs).

— *Arrêté du 11 juillet 1894* : M. le D^r BOURDIN, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics (Concours de Lyon du 1^{er} juin 1894), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie), et placé dans la 2^e classe de son grade (2.500 francs) ;

M. le D^r HAMEL, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics (Concours de Nancy du 4 juin 1894), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dôle (Jura), et placé dans la 2^e classe de son grade (2.500 francs).

— *Arrêté du 13 juillet 1894* : M. le D^r BERBEZ, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles (Concours de Paris du 4 juin 1894), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine), et placé dans la 2^e classe de son grade (2.500 francs).

— *Arrêté du 16 juillet 1894* : M. le D^r PÉCHARMAN, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics (Concours de Paris du 4 juin 1894), est nommé médecin-adjoint de Lafont-lès-La Rochelle (Charente-Inférieure), et placé dans la 2^e classe de son grade (2.500 francs).

— *Arrêté du 3 août 1894* : M. le D^r LWOFF, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Prémontre (Aisne).

— *Arrêté du 11 août 1894* : M. le D^r ALLAMAN, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre.

— *Arrêté du 7 septembre 1894* : M. le D^r CHOCREAUX, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics (Concours de Lille du 1^{er} juin 1894), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), et placé dans la 2^e classe de son grade (2.500 francs).

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 28 juillet 1894* : M. le D^r RÉGIS, chargé du cours de médecine mentale à la Faculté de Bordeaux, est nommé officier d'académie.

NÉCROLOGIE

BARON MUNDY. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du baron Mundy, président de la Société de secours de Vienne (Autriche), membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris, qui s'est tué d'un coup de revolver, le 23 août dernier, au bord du canal de Danube, au Prater. Il était âgé de soixante-douze ans, et souffrait depuis quelques années d'une cruelle maladie.

Le baron Mundy, né en Moravie (Autriche), appartenait à une noble famille autrichienne, jouissant d'une immense fortune.

Attiré par ses goûts scientifiques, il fit à Vienne des études médicales sérieuses et fut reçu docteur en médecine à la Faculté de Vienne. A partir de ce moment, son existence fut divisée en deux phases absolument distinctes, ayant entre elles le lien com-

mun de la philanthropie, et il se voua entièrement à cette double tâche, avec un zèle et une énergie de volonté qu'aucun obstacle ne put faire fléchir, et il y consacra toute sa fortune qu'il dépensa avec une folle prodigalité.

Dans la première moitié de sa vie, il entreprit une véritable croisade en faveur de la liberté des aliénés, et prêcha, dans toute l'Europe, en faveur de la vie à l'air libre de ces malheureux malades et de la suppression des asiles fermés. Connaissant sept langues, il parcourut tous les asiles d'aliénés de l'Europe, se mit en rapport personnel et continu avec tous les médecins et directeurs de ces asiles, en Allemagne, en Hollande, en Belgique, en Angleterre, en France, en Italie, en Suisse, et animé d'une foi vive et ardente pour la Colonie de Gheel en Belgique, il propagea partout, par ses écrits et par sa parole, dans les journaux scientifiques allemands et étrangers et dans les Congrès, la conviction passionnée qu'il avait acquise en faveur de cette institution. Il voulait la voir appliquée dans tous les pays et substituée définitivement aux asiles fermés, qui lui paraissaient un dernier vestige des anciennes prisons, destinés à disparaître pour faire place au système du traitement à l'air libre et chez les paysans, qu'il considérait comme un progrès inévitable de la science moderne.

En 1861, admis comme associé étranger à la Société médico-psychologique de Paris, il prit une part très active à la discussion qui eut lieu, à cette époque, sur les divers modes d'assistance publique relative aux aliénés, et il défendit avec énergie son opinion favorable aux colonies analogues à la Colonie de Gheel. Au Congrès de Rouen, en 1867, et à l'Association anglaise des médecins aliénistes à Londres, en 1864, il continua la même lutte en faveur du placement des aliénés dans les familles de paysans, et contre le système généralement admis par tous des asiles fermés.

En 1867, à l'Exposition universelle de Paris, il passa de la théorie à la pratique et exposa un chalet modèle, à l'instar des maisons de Gheel, pour la collocation d'un aliéné avec une famille de paysans, et il continua pendant quelques années encore son apostolat en faveur de la liberté des aliénés.

Mais la guerre survint et détourna son zèle philanthropique dans une direction toute différente. Membre de la Société des secours aux blessés militaires, il se consacra dès lors tout entier à la cause des ambulances militaires. Pendant le siège de Paris, il organisa à ses frais une grande ambulance dans le palais du Corps législatif, où il fit soigner par des médecins de tous les pays, les blessés français de Paris et des environs, et il se distingua surtout à la bataille de Champigny, où il alla lui-même, au péril de sa vie, relever les blessés sur le champ de bataille, pour les ramener à Paris dans des voitures d'ambu-

lances, inventées par lui et qu'il avait fait fabriquer d'après ses indications.

Il devint ainsi, comme il le disait lui-même, le chef des braucardiens militaires volontaires. Plus tard, pendant la Commune, il installa une nouvelle ambulance sous la tente, dans le parc réservé de Saint-Cloud, à la *Grande-Jatte*, sur un plateau choisi par lui, dans les meilleures conditions hygiéniques et où il fit soigner, pendant plusieurs mois, de nombreux malades et de nombreux blessés.

A partir de cette époque, il abandonna définitivement la cause des aliénés, pour laquelle il avait, disait-il, vainement combattu pendant quinze ans de sa vie, pour se consacrer entièrement au perfectionnement des transports des blessés militaires. Il retourna alors à Vienne, d'où il prit une part active aux transports des malades et des blessés pendant la guerre turco-russe, et où il a séjourné jusqu'à sa mort.

Esprit essentiellement original, caractère fantasque et tout à fait excentrique, dépensant avec une prodigalité insensée, toute sa fortune, pour le bien de l'humanité, le baron Mundy, dans la double phase de son existence mouvementée, a rendu de véritables services aux deux causes qu'il avait entrepris de servir, par ses paroles, par ses écrits et par ses actes, et il méritait une mention spéciale dans ce journal, pour la part très importante qu'il a prise au développement des idées aujourd'hui plus en faveur qu'autrefois, d'une liberté plus grande à laisser aux aliénés dans des familles étrangères, au lieu de la séquestration absolue et perpétuelle dans des asiles fermés.

J. FALRET.

CRÉATION D'UN ASILE POUR LES JEUNES IDIOTES A BORDEAUX

Le Conseil général de la Gironde, vient d'approuver le projet de la création à l'asile des aliénés de Bordeaux d'un quartier spécial pour les jeunes idiots, sur la réserve que dix lits seraient consacrés exclusivement aux idiots indigents.

Une proposition demandant qu'il soit créé un asile pour les idiots et les épileptiques simples adultes, a été également adoptée par le Conseil général.

LA QUESTION DE LA FOLIE ANARCHISTE AU CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE DE BUDAPEST

Les anarchistes ont occupé le congrès dès le premier jour. Un des médecins les plus célèbres de la Belgique, M. Crocq, professeur à l'université de Bruxelles et sénateur du royaume, a exposé la genèse des théories anarchistes, fruit du pessimisme,

et les rattache aux idées mystiques du moyen âge qui proviennent, suivant lui, de la même origine. M. Crocq établit leur absurdité et considère les anarchistes qui commettent des actes de propagande par le fait comme des maniaques atteints de monomanie raisonnante. Il le démontre en exposant les conditions dans lesquelles se produisent ces faits. On les observe chez des individus de dix-sept à vingt-cinq ans qui appartiennent généralement à des familles dans lesquelles on rencontre des anomalies de conformation du crâne et de la face. Ces individus ont peur, d'ordinaire d'être considérés comme des fous, tandis que les vrais criminels cherchent à simuler la folie pour échapper aux rigueurs de la loi. Généralement, ce ne sont pas des malheureux, mais des bourgeois déclassés dont le système nerveux ne s'est pas trouvé à la hauteur de la tâche qu'ils s'imposaient.

Leurs procédés mêmes, cette idée qu'ils vont faire trembler la société et l'anéantir en jetant quelques bombes et tuant quelques individus et qu'ils vont convertir le monde à leurs doctrines, tout cela est bien la caractéristique d'un cerveau anormal. Il en est de même de cette espèce d'indifférence cynique, d'anesthésie morale qu'ils manifestent devant leurs actes et devant les condamnations qui les frappent. Au lieu de les condamner comme des criminels, on devrait les soumettre d'abord à une commission de médecins physiologistes et aliénistes qui examineraient leur état pathologique.

Les actes condamnables auxquels se livrent les anarchistes sont provoqués par les récits détaillés que font les journaux de leurs attentats, de leurs procès, de leur exécution et aussi par les conseils et les appels à la violence de certains orateurs ou écrivains qui, eux, n'agissent pas, mais poussent à l'action les malheureux qui les prennent au sérieux. De pareilles publications, dit M. Crocq, devraient être empêchées et punies au nom de l'hygiène sociale.

En s'appuyant sur les considérations que nous venons de résumer, M. Crocq conclut par les trois principes suivants :

1° Les anarchistes propagandistes par le fait sont généralement des fous affectés de folie morale, et il faut les traiter comme tels ;

2° Les vrais coupables sont les écrivains, les orateurs et les journalistes qui, par leurs théories antisociales et par les conseils pratiques qu'ils en déduisent, troublent et dominent les cerveaux faibles dépourvus de force d'initiative et d'énergie de résistance. Ces cerveaux deviennent les dupes de toutes les illusions, les jouets de tous les courants qui les saisissent ;

3° C'est absolument par l'application de ces principes d'hygiène sociale, — et notamment par la suppression judiciaire des publications capables de troubler ces cerveaux malades, —

— qu'on peut espérer faire disparaître la dangereuse folie anarcho-sociale.

Ces conclusions ne pouvaient manquer de provoquer une discussion. M. le D^r Ruysch, conseiller au ministère de l'intérieur des Pays-Bas et inspecteur général des asiles d'aliénés, les a très énergiquement repoussées. Il reconnaît que certains anarcho-sociaux sont des fous, mais déclare que tous ne le sont pas. D'ailleurs, les jeter en masse dans les établissements d'aliénés, ce serait y introduire une cause grave de troubles qui seraient très nuisibles pour l'état mental de leurs voisins. M. Ruysch ne veut donc pas traiter tous les anarcho-sociaux comme des fous. Mais il demande l'établissement de maisons spéciales pour les criminels aliénés, comme il en existe déjà dans certains pays, et une partie des anarcho-sociaux trouveraient leur place naturelle dans ces maisons.

Nous avons tenu à résumer cette discussion assez curieuse, sans l'apprécier, et en rappelant seulement que le D^r Laborde, membre de l'Académie de médecine de Paris, avait déjà soutenu, il y a vingt ans, des théories analogues sur certains points, quoique bien différentes dans leurs conclusions. (*Le Temps*, numéro du samedi 8 septembre 1894.)

E. ALGLAVE.

GAUDOIS ET GAUDOIT

Sous ce titre, le *Temps* (numéro de vendredi 24 août 1894), relate ainsi qu'il suit une fort regrettable erreur administrative qui s'est commise à l'asile d'aliénés de Caen :

« L'administration du service des affaires départementales, dont dépend le service des aliénés à la Préfecture de la Seine, a été avertie ces jours derniers qu'une grave erreur administrative avait été commise à l'asile de Caen dans les circonstances suivantes :

Il y a un an, entré à l'asile du Bon-Sauveur, à Caen, M^{me} Faustin Gaudois, venant de l'asile de Villejuif et dont le fils habite Paris. Les correspondances échangées depuis cette époque entre la supérieure, M^{me} Beaufils, et le fils Gaudois témoignent invariablement que M^{me} Faustin Gaudois continuait à jouir d'une parfaite santé. Un beau jour, le fils Gaudois put prendre le train pour aller voir sa mère à l'asile de Caen. Il y apprit, à sa grande stupefaction, que sa mère, qu'on lui avait représentée comme se portant bien, était décédée à la date du 22 juillet 1893. Navré, M. Faustin Gaudois, écrivit à l'administration du département de la Seine, où il demandait les causes de cette erreur, et il apprit bientôt que ce quiproquo funèbre était dû à la négligence d'une employée de l'asile de Caen.

Voici d'ailleurs les renseignements qui nous ont été donnés au sujet de cette regrettable affaire par M. Dalsème, secrétaire de M. Lerou, directeur des affaires départementales à la préfecture de la Seine :

Dès que l'administration du département de la Seine a appris la fâcheuse méprise dont M. Faustin Gaudois a été victime, nous avons demandé des explications à M^{me} Beaufrils, supérieure de l'asile de Caen. Par une lettre en date du 21 août, cette dernière nous a répondu en nous exposant les faits suivants : « Il y a quelques mois, une malade, nommée M^{me} Caudoit, entré à l'asile du Bon-Sauveur. Par suite de la similitude des noms, de l'âge et de l'aspect des deux personnes, une confusion s'établit bientôt entre l'identité de cette personne et celle de M^{me} Faustin Gaudois, entrée à l'asile depuis plus d'un an. Il résulte de cette méprise que tout ce qui concernait dans l'asile M^{me} Caudoit, tels que certificats médicaux, renseignements particuliers, etc., était porté sur les registres de l'administration à l'actif de sa compagne M^{me} Faustin Gaudois.

Sur ces entrefaites, M^{me} Faustin Gaudois mourut. Son décès fut inscrit sous le nom de Caudoit.

L'erreur de l'administration de l'asile du Bon-Sauveur ne fut mise à jour que longtemps après, et lorsque M. Faustin Gaudois se présenta au parloir de l'asile, il se convainquit que depuis un an le personnel de l'établissement avait substitué par mégarde à sa mère déjà morte M^{me} Caudoit parfaitement vivante. Cette dernière, âgée de soixante-dix ans, est une indigente venue de l'asile de Villers-Cotterets, où elle a déjà séjourné une dizaine d'années. Elle n'a plus de famille, ce qui fait que, le jour où on la crut déçédée, on ne songea à avertir aucun de ses proches.

Une enquête a été prescrite au sujet de cette affaire par M. Lerou, qui est décidé à demander en faveur de M. Faustin Gaudois toutes les compensations qui pourront faire oublier à celui-ci la regrettable méprise dont il a été victime.

M. Faustin Gaudois, d'autre part, a envoyé à l'Agence nationale la lettre suivante :

« Monsieur le directeur,

« J'ai l'honneur de vous adresser une note rectificative, afin que vous puissiez la communiquer aux journaux qui ont parlé de la triste erreur de l'asile du Bon-Sauveur.

« Ma mère, M^{me} Appoline Gaudois, était petite et mince, tandis que la personne qui est à l'asile, cause de l'erreur, s'appelle M^{me} Ambrosine Caudoit et est une forte personne ; il n'y a donc similitude ni de nom ni de physique.

« Veuillez agréer, etc.

« FAUSTIN GAUDOIS. »

FAITS DIVERS.

La castration comme prophylaxie de la folie et de la dégénérescence. — Le *Literary Digest* du 23 juin renferme l'analyse d'un intéressant article de M. F.-E. Daniels, sur la question de savoir s'il ne conviendrait pas de faire entrer la castration dans l'arsenal des peines et moyens thérapeutiques légaux. Le médecin américain l'appliquerait à tous les cas de perversion sexuelle et même aux cas d'attentats d'ordre sexuel quels qu'ils soient ; il propose la castration pour les aliénés, non comme punition, mais pour empêcher la procréation d'êtres chez qui la tare paternelle aurait de grandes chances de reparaître. La castration jouerait le rôle d'une sélection artificielle judicieuse en empêchant la propagation des déséquilibres et autres éléments malsains de la communauté.

Les aliénés aux tremblements de terre de Constantinople. — Nos lecteurs connaissent par les journaux politiques les épouvantables désastres et les scènes douloureuses provoqués par les tremblements de terre de Constantinople du mois de juillet dernier. Voici, d'après le correspondant du *Temps* (numéro du 17 juillet 1894), ce qui s'est passé à l'asile des aliénés :

« L'un des incidents les plus émouvants de cette triste journée (mardi 10 juillet) s'est produit, paraît-il, à l'hôpital des fous, à Yedikoulé. Les aliénés, comprenant le danger, voulurent à tout prix fuir dans le jardin, et, au milieu d'un vacarme effrayant, bousculèrent leurs gardiens ; une fois dans le jardin, ils se prosternèrent et, tous dans l'attitude de la prière, se répandirent en lamentations et en prières bruyantes. La scène, dit notre confrère du *Stamboul*, était vraiment tragique. Trois personnes ont été tuées à l'hôpital. »

Les alcooliques en Autriche. — Sur le désir exprimé par le conseil sanitaire de la basse Autriche, le lieutenant impérial fait procéder à l'établissement d'une statistique de tous les habitants notoirement adonnés à la boisson et ayant de ce fait eu maille à partir avec la justice.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

**Le Congrès national d'assistance à Lyon;
le Congrès international de patronage à Anvers.**

La précédente chronique a été consacrée au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française réunis à Clermont-Ferrand; mais tout ce qui touche à l'assistance et au patronage des aliénés nous intéresse, alors même que les questions seraient traitées dans une réunion où les médecins spéciaux ne forment plus l'élément exclusif. C'est à ce titre que nous prenons comme sujet de cette chronique le Congrès national d'assistance tenu à Lyon et le Congrès international de patronage tenu à Anvers. Le Congrès de Lyon devait s'ouvrir le 26 juin. A cette date, l'assassinat du Président de la République venait de mettre en deuil la France entière et la ville de Lyon en particulier; la réunion d'un Congrès était impossible. Le Comité d'organisation fit, néanmoins, une séance d'ouverture que le Président leva en signe de deuil, et on décida de renvoyer le commencement des travaux à une séance ulté-

rière qui fut fixée au jeudi 28 juin, les réceptions et fêtes restant supprimées.

L'organisation du Congrès était celle qui avait été adoptée pour le Congrès international d'assistance de 1889 : répartition des membres en quatre sections ; séances de sections dans la matinée ; séances générales l'après-midi. Les séances de sections étaient consacrées aux travaux dus à l'initiative individuelle. Les séances générales étaient consacrées à la discussion des questions mises à l'ordre du jour par le Comité d'organisation, questions ayant fait l'objet de rapports imprimés et distribués d'avance.

Nous ne nous occuperons tout naturellement ici que des questions relatives aux aliénés et aux asiles d'aliénés, ce qui restreint notre étude aux travaux de la quatrième section et à deux questions discutées en séance générale : l'assistance des enfants idiots et dégénérés, par le D^r Bourneville ; l'organisation de l'assistance hospitalière il y a un siècle et l'organisation actuelle, par M. le D^r Bondet.

Trois questions spéciales ont été traitées dans la quatrième section : l'assistance des dégénérés et des idiots dans les asiles John Bost, par le D^r Rolland ; l'hospitalisation des épileptiques, par le D^r Carrier ; les dépôts provisoires d'aliénés, par l'auteur de cette chronique. On connaît l'œuvre du pasteur John Bost à La Force, dans la Dordogne. Ceux d'entre nous qui ont suivi le Congrès des médecins aliénistes de Lyon, en 1891, ont entendu l'exposé fait par le D^r Lacour de l'assistance donnée aux épileptiques dans les établissements créés par John Bost. M. le D^r Rolland, à son tour, nous a fait une communication pleine d'intérêt sur l'assistance donnée, dans des établissements privés, à une série de déshérités qui ne sont pas reçus dans les hospices parce qu'ils ne rentrent pas dans la catégorie des infirmes ou

des vieillards et que bon nombre de départements ne veulent point placer dans les asiles d'aliénés parce qu'on ne les considère pas comme dangereux pour la sécurité publique. Les asiles John Bost ont conservé le caractère confessionnel que leur avait donné leur fondateur. Le motif indiqué par le D^r Rolland est que les ressources étant limitées, les continuateurs de l'œuvre du pasteur John Bost n'ont pas pu étendre l'assistance au delà de leurs coreligionnaires.

Les hospices de Lyon ont un service d'épileptiques non aliénés dont le D^r Albert Carrier est le médecin. En outre, des consultations sont données aux épileptiques non hospitalisés. Ce service a été installé primitivement à l'Antiquaille; mais, dans les dernières années, une partie des épileptiques ont été transférés dans le domaine du Perron, situé sur les hauteurs qui dominent la rive droite du Rhône, au-dessous du confluent du Rhône et de la Saône. Les malades y sont à la campagne, dans un joli site bien salubre, et le travail y est en honneur. Au point de vue médical, les malades sont suivis avec soin; il y a pour chacun une feuille permettant de relever, pendant une année entière, les attaques et les vertiges de jour et de nuit, en mentionnant, en regard de chaque mois, la prescription médicale et des observations succinctes. Le D^r Carrier a exposé au Congrès ses vues sur l'assistance des épileptiques non aliénés. Il pense que l'hospitalisation doit être pratiquée aux deux extrêmes de la vie: aux enfants épileptiques, parce qu'ils ont besoin d'un établissement spécial pour y être soignés d'une façon rationnelle, y recevoir l'instruction et apprendre un métier; aux épileptiques âgés, parce qu'ils sont devenus incapables de se suffire à eux-mêmes. Les adultes épileptiques peuvent encore avoir besoin d'être hospitalisés lorsqu'ils sont devenus infirmes ou lorsque les attaques sont très fréquentes. En

dehors de ce dernier cas, s'ils sont valides, la consultation et le dispensaire doivent suffire. Cette communication a provoqué une discussion, au cours de laquelle le D^r Bourneville a présenté des observations judicieuses. Par qui doivent être hospitalisés les épileptiques? Les hospices de Lyon ont pris cette assistance à leur charge; mais c'est une mesure qui est l'exception en France, et l'on ne peut pas contraindre les administrations hospitalières à suivre l'exemple de Lyon. Si l'épilepsie est rattachée aux maladies mentales, l'assistance deviendra une obligation pour les départements et devra être organisée partout où elle fait défaut aujourd'hui.

Le Comité d'organisation avait indiqué, parmi les questions susceptibles d'intéresser les membres du Congrès : *Assistance des aliénés indigents dont l'état est singulièrement aggravé par la longueur des formalités à remplir pour leur admission dans un asile spécial, et nécessité d'organiser dans chaque département un dépôt provisoire pour y traiter d'une façon rationnelle les premiers symptômes de la maladie.* Tous les médecins appelés à soigner des aliénés savent combien il est regrettable de voir retarder le traitement méthodique des malades; mais le remède consiste-t-il à créer des dépôts provisoires? C'est là ce qui est contestable. Les dépôts provisoires pour les aliénés ont été prévus par la loi du 30 juin 1838; mais l'expérience a montré que, jusqu'à présent, le dépôt provisoire de l'aliéné avait plus d'inconvénients que d'avantages pour le malade. On peut rappeler l'opinion exprimée par les inspecteurs généraux dans leur rapport publié en 1878, par M. Théophile Roussel dans son rapport sur le projet de revision de la loi sur les aliénés, par M. Bourneville dans les *Archives de Neurologie*, par M. Monod dans le travail communiqué au Congrès international de médecine mentale en 1889. La longueur des formalités à remplir

pour l'admission dans un asile spécial est due, pour une bonne partie, au mode de transmission des pièces. Il vaut mieux s'attacher à faire cesser des lenteurs inutiles qu'à chercher un palliatif pour ces lenteurs. Les conclusions du travail présenté au Congrès de Lyon ont été :

« 1° La longueur des formalités pour l'admission des aliénés indigents dans un asile spécial peut être facilement abrégée en simplifiant le mode de transmission des pièces ;

« 2° L'expérience montre les inconvénients des dépôts provisoires pour les aliénés ;

« 3° Dès qu'on a reconnu l'utilité pour l'aliéné indigent d'être traité hors de son domicile, il faut conduire le malade à l'asile spécial et non ailleurs. On doit reconnaître qualité au maire de la commune pour prescrire ce transfèrement. »

Ces conclusions ont été approuvées par la 4^e section.

Dans son rapport sur l'*Assistance des enfants idiots et dégénérés*, M. Bourneville est entré dans de grands développements et son travail forme une brochure de 137 pages.

M. Bourneville débute par un aperçu historique de l'assistance et du traitement des enfants idiots et dégénérés. Les premiers essais d'hospitalisation d'un certain nombre de ces enfants paraissent remonter en France à la seconde moitié du xvii^e siècle. On en trouve des traces sur les registres de Bicêtre et de la Salpêtrière (Recensement de 1656, registre des présents au 1^{er} janvier 1716). Le rapport de Desportes en 1820 signale 32 enfants à Bicêtre.

Les premiers travaux sur le traitement et l'éducation des idiots sont les rapports d'Itard sur le *sauvage de l'Aveyron* trouvé vers la fin de l'an VII. En 1824, Belhomme, interne à la Salpêtrière, pensa qu'il était possible

d'améliorer la position malheureuse des idiots, qu'une sorte d'éducation pouvait leur être donnée, et il arriva à cette conclusion que les idiots sont éducatibles suivant leur degré d'idiotie. En 1828, Ferrus organisa à Bicêtre une sorte d'école où chaque matin et dans le courant de la journée, il faisait conduire les enfants et les adolescents qui paraissaient lui offrir quelques ressources dans l'esprit. Vers 1831, J.-P. Falret entreprit la même tâche à la Salpêtrière, et en 1834, F. Voisin créa un établissement orthophrénique qui ne dura que quelques années. M. Bourneville arrive enfin aux travaux d'Edouard Séguin qui créa la véritable méthode du traitement médico-pédagogique de l'idiotie.

A l'étranger, on trouve une école ouverte en 1842 pour l'instruction des idiots par le Dr Saegert, de Berlin. A la même époque, Guggenbuhl établit sur le versant de l'Abendberg, en Suisse, une école pour l'éducation des enfants crétins. En Angleterre, les asiles-écoles pour les enfants idiots furent ouverts en 1846. En Amérique, Séguin qui s'était rendu aux États-Unis, y organisa pour les enfants idiots des établissements, qui sont aujourd'hui très prospères.

Dans un second chapitre, M. Bourneville examine l'état actuel de l'assistance des enfants idiots et dégénérés dans les départements autres que la Seine, et donne les résultats de l'enquête faite par lui dans chaque département. D'après les renseignements recueillis, le nombre des enfants idiots et dégénérés recueillis dans les asiles publics, quartiers d'hospices et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, est d'environ 800. En outre, les hôpitaux et les hospices de province renferment en petit nombre quelques idiots et imbéciles ou quelques épileptiques adultes et enfants pour lesquels, d'ailleurs, il n'est rien fait de particulier. Le chapitre III est consacré aux établissements privés consacrés aux

enfants idiots, épileptiques et dégénérés en France. Le nombre de ces établissements est limité. Il y a l'Institut médico-pédagogique établi à Vitry (Seine) et dont M. Bourneville est le médecin-directeur; l'Institut de démutisation de Villeneuve-les-Avignon; l'Institution des enfants arriérés à Euibonne, par Ermont (Seine-et-Oise); l'hospice de Saint-Jean-l'Aumônier, dit hospice de Bellevaux, à Besançon, pour les idiots inoffensifs et épileptiques incurables; l'établissement du Bon-Sauveur à Caen; l'asile des Cinq Plaies de Notre-Seigneur, hôpital des Enfants, à Lille; l'asile des infirmes à Aromas, par Thoirette (Jura); l'asile Sainte-Agnès à Saint-Martin-le-Vinoux, par Grenoble; la maison du Bon-Pasteur, à Vienne; l'asile de Tondu, près Bordeaux; l'asile de Salins (Jura); l'asile de Marie-Joseph des Incapables à Rolleville (Seine-Inférieure); l'asile des jeunes filles idiotes ou infirmes de Méris, par Bailloul (Nord); enfin, les asiles John Bost à La Force, dont nous avons déjà parlé précédemment. Une grande partie de ces établissements appartient à des congrégations religieuses, la plupart ne reçoivent que des filles et ne paraissent pas avoir d'autre prétention que d'hospitaliser les enfants qui leur sont confiés. Pour la majorité de ces établissements on n'a aucune indication d'un service médical régulier.

Le chapitre IV expose les progrès réalisés dans le département de la Seine pour l'assistance des enfants idiots et épileptiques.

Les établissements où l'on admet les enfants pour les soumettre à un traitement méthodique sont :

1° Colonie de Vancluse pour les garçons, 116 lits; de nouvelles constructions en cours d'exécution doivent permettre d'augmenter prochainement le nombre des enfants;

2° Section d'enfants de l'asile de Villejuiif (filles).

La population, au 1^{er} juin 1894, était de 75 enfants, dont 16 épileptiques ;

3^e Section d'enfants (filles) de la Salpêtrière. La population de cette section était, au 31 mai 1894, de 135 enfants, idiots et épileptiques, dont 100 suivaient l'école ;

4^e Section des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre (garçons). Ce service a reçu une extension considérable depuis que M. Bourneville en est le médecin. Au 1^{er} juin 1894, la population était de 504 enfants ;

5^e Fondation Vallée (filles), dépendant de l'hospice de Bicêtre et faisant également partie du service de Bourneville. La population était de 130 filles au 1^{er} juin 1894.

En résumé, le département de la Seine assiste près d'un millier d'enfants idiots, hystériques, imbéciles, arriérés et épileptiques. En outre, le Conseil général a adopté une mesure libérale. Les enfants aliénés ou idiots, âgés de moins de dix-huit ans, qui, par le fait de leur naissance en dehors du département de la Seine, ont leur domicile de secours dans un autre département, peuvent, néanmoins, être admis dans les asiles de la Seine, lorsque les parents sont domiciliés à Paris ou dans une commune de la Seine depuis trois ans, au moment de la demande d'admission, et qu'ils habitent avec eux. Le département de la Seine ne réclame aux départements que le prix de pension que ces départements paient dans leurs propres asiles, quoique le prix de journée soit plus élevé dans la Seine.

Aux chapitres V et VI, M. Bourneville rend compte de ce qui est organisé actuellement pour l'assistance des enfants idiots et dégénérés dans les divers pays d'Europe et dans les Etats-Unis d'Amérique. La nomenclature de tous les établissements cités dans le rapport nous entraînerait à des développements trop étendus

pour une simple chronique, et nous devons passer à l'examen du dernier chapitre ayant pour titre : « Des motifs qui justifient l'assistance, le traitement et l'éducation des enfants idiots et dégénérés. Des formes de cette assistance. Conclusions. » La loi du 30 juin 1838 a été, dans l'esprit des législateurs, une *loi de bienfaisance*. Aussi, est-on étonné de voir aujourd'hui des préfets ne vouloir considérer cette loi que comme une loi de police. L'hospitalisation, dit M. Bourneville, est indispensable quand le malheureux, par la nature de sa maladie ou de ses infirmités, exige, pour être convenablement soigné, la présence constante de l'un des membres de la famille, lequel se trouve immobilisé et ne peut plus contribuer aux charges de la communauté. Tel est le cas des enfants idiots et dégénérés. Leur présence dans la famille est une source de graves inconvénients, parfois de dangers. Ils ne peuvent pas recevoir l'instruction dans l'école commune, et il faut créer pour eux des établissements spéciaux afin d'appliquer la loi sur l'instruction obligatoire. Ces établissements doivent être l'asile-école dont la direction serait confiée à des médecins, et il conviendrait de ne pas faire d'établissement dépassant 400 à 500 enfants. Les fonds du pari mutuel seraient utilement utilisés à ces institutions. Ces asiles-écoles doivent être distincts des asiles d'aliénés ; toutefois, ils pourraient être contigus de manière à pouvoir, s'il y a lieu, utiliser les services généraux. La limite d'âge minima serait, d'après M. Bourneville, avantageusement fixée à deux ans et la limite d'âge maxima de seize à dix-huit ans, suivant le développement physique. A côté des enfants qui ne peuvent être traités que dans l'asile-école, il y a des enfants qui n'ont qu'une diminution des facultés intellectuelles sans perversion des instincts ni accidents convulsifs et pour lesquels on pourrait, dans les grandes villes, organiser des écoles municipales spéciales.

Que convient-il de faire pour les enfants idiots, arriérés, dégénérés et épileptiques lorsqu'ils sont devenus adultes? Voici les conclusions de M. Bourneville :

« 1^o Lorsque les enfants devenus adultes sont épileptiques et continuent à avoir des accès, ils passent dans la section des épileptiques adultes. S'il s'agit d'idiots et d'imbéciles suffisamment aliénés, ils passent dans les sections ou quartiers d'adultes aliénés. Dans les départements où la population est nombreuse, comme la Seine, le Rhône, le Nord, les Bouches-du-Rhône, etc., il conviendrait d'étudier la création d'un asile spécial pour les idiots et les épileptiques adultes avec ateliers et écoles, où ils puissent continuer à se perfectionner au point de vue intellectuel et professionnel et diminuer dans la mesure du possible les charges que la Société s'impose pour eux.

« 2^o Un certain nombre de malades suffisamment améliorés et capables de se conduire convenablement, mais atteints d'infirmités incurables, telles que hémiplegies, tremblements, sclérose, chorée chronique, athétose double, etc., doivent être placés dans les hospices comme incurables.

« Pour cette catégorie de malades, il serait bon d'établir une réglementation spéciale.

« 3^o D'autres sont notablement améliorés et pourraient être considérés comme guéris; mais leur volonté est nulle, ils ne pourraient vivre en liberté qu'à la condition d'être constamment surveillés par leur famille. Malheureusement, leurs père et mère sont souvent eux-mêmes des dégénérés quoique à un moindre degré. Ils ne peuvent remplir strictement leurs devoirs envers leurs propres enfants. Les malades de cette catégorie pourraient être utilisés dans les établissements hospitaliers comme des demi-infirmiers, des hommes de peine d'une catégorie particulière. Pour eux aussi, il faudrait

une réglementation spéciale les considérant comme des demi-internés, ne pouvant avoir de permission de sortie que conditionnellement.

« 4° Enfin, pour les malades qu'on peut considérer comme guéris, dont le médecin signe la sortie définitive, il importe au plus haut degré d'avoir une *Société de patronage*. »

Sur la proposition de M. Bourneville et après discussion, le Congrès, en séance générale, a voté le vœu suivant :

« Le Congrès national d'Assistance publique, réuni à Lyon, émet le vœu :

« 1° Que le Parlement vote, dans le plus bref délai possible, le projet de loi tendant à la revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés et adopte l'obligation de l'assistance des enfants idiots et dégénérés, inscrite dans l'article 1^{er} du projet de loi adopté par la Commission de la Chambre des députés ;

« 2° Qu'il soit donné suite, par les administrations préfectorales, aux vœux adoptés par les Conseils généraux d'un certain nombre de départements, tendant, dès maintenant, à la création d'asiles inter-départementaux, ou de quartiers spéciaux pour cette catégorie d'enfants anormaux ;

« 3° Adresse ses félicitations aux Conseils généraux, aux Administrations départementales et aux médecins-directeurs d'asiles qui ont pris l'initiative, avant le vote définitif de la loi, de la création de quartiers ou d'asiles spéciaux pour les enfants. »

Le rapport de M. le D^r Bondet, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Lyon, était intitulé : *De l'organisation de l'assistance hospitalière il y a un siècle et de l'organisation actuelle*. Ce travail est presque exclusivement consacré aux progrès réalisés et à réaliser dans l'organisation des hôpitaux généraux, et nous n'au-

rions pas à en parler dans cette chronique si nous n'y avions pas trouvé une description de la clinique des maladies mentales de l'Académie militaire de Saint-Pétersbourg, par le professeur Mierzejewski. Cette description nous a paru mériter d'être citée.

« La nouvelle clinique, construite en 1886, occupe un emplacement de 4 desiatines $1/2$ et est séparée des rues avoisinantes par un mur de pierre de 350 mètres de longueur. Elle n'a que cent lits; mais elle a un personnel composé du directeur, de trois médecins, plusieurs surveillants et surveillantes, feldchers et femmes feldchers, un surveillant de clinique et cent gens de service. On a adopté le système des pavillons, pour isoler facilement telle ou telle catégorie de malades, et comme présentant toutes les conditions désirables au point de vue de l'hygiène.

Il y a donc un corps principal de bâtiment, huit pavillons et une aile pour la cuisine, le tout relié par des couloirs chauffés; en outre, il y a toute une série de bâtiments pour les besoins de l'économat et un pavillon en bois pour l'été, moment où l'on fait des réparations dans les salles de malades. Les galeries ont une longueur suffisante (50 mètres) pour que les pavillons qu'elles relient puissent recevoir les rayons de soleil et l'air de tous les côtés.

On a prévu un très grand nombre de divisions: pour les agités, pour les malpropres (paralytiques), pour les cas graves, pour les maladies infectieuses, pour les dangereux — hommes d'un côté, femmes de l'autre — malades en observation, etc.

Il y a trois pièces pour l'hydrothérapie, bains électriques. Au-dessous du plancher, il y a un calorifère, pour avoir une température d'air à volonté. Les murs sont peints à l'huile. La baignoire électrique est faite toute d'une pièce de faïence blanche. Les pièces pour

l'électrothérapie contiennent tous les appareils modernes qu'on puisse désirer.

En général, les salles des malades n'ont pas cet aspect officiel de tous les hospices, mais ressemblent plutôt à une habitation de particuliers. Les officiers malades disposent, pour le jour, d'une salle à manger, d'une bibliothèque spéciale, d'une chambre de travail, d'une salle de billard, d'une salle pour la musique, des salles de bains, etc.

Le cube d'air est, dans les salles pour officiers, par tête, 56 mètres cubes ; dans les dortoirs pour une personne, 72 mètres cubes ; dans les dortoirs pour deux personnes, 40 mètres cubes par personne ; dans les dortoirs pour quatre personnes, 36 mètres cubes par personne. Pour les soldats, il est de 26 mètres cubes dans les salles, de 32 mètres cubes dans les dortoirs. La ventilation étant la perfection même, ce cube peut satisfaire les plus difficiles.

Les planchers sont parquetés, les murs sont peints à l'huile jusqu'à hauteur d'homme. Les portes ont une petite installation qui permet d'empêcher qu'on les ferme (nécessités de surveillance).

Il n'y a nulle part de grillages aux fenêtres. Là où il était nécessaire de protéger les fenêtres, on les a garnies des vitres à navires, excessivement résistantes (1 cent. 1/2 d'épaisseur).

Les salles de bains et les water-closets ont des dalles en pierre de metlach, ce qui fait que le nettoyage est extrêmement facile. Les baignoires sont en cuivre ou en zinc émaillé.

Le chauffage de toutes les salles est fait à l'aide d'appareils à eau chaude placés sous les fenêtres ; les salles des agités sont chauffées à la vapeur.

La ventilation est très bonne ; le tirage est assuré par des appareils à vapeur ; l'air frais est chauffé avant de

pénétrer dans les salles et contient 50 p. 100 de la quantité de vapeur d'eau nécessaire pour saturer l'air.

L'éclairage est électrique. Il y a 525 lampes à incandescence et 5 arcs de Volta pour l'éclairage des cours. Dans toutes les divisions il y a des téléphones et des appareils électriques de contrôle.

Les conduits d'eau sont également bien combinés et constituent autour des bâtiments un réseau qui assure une évacuation rapide et complète de toutes les sonillures.

Les laboratoires de physiologie, chimie, etc., sont très bien installés. Les étudiants ont, non seulement une salle des cours, mais encore un fumoir. »

Les circonstances au milieu desquelles s'est tenu le Congrès d'assistance de Lyon ne permettaient aucune fête; mais nous n'en avons pas moins trouvé l'accueil le plus cordial de la part des organisateurs du Congrès, en particulier de M. Sabran, président de la Commission administrative des hospices de Lyon et qui joue un si grand rôle dans les œuvres d'assistance lyonnaises, puis de son neveu M. René Sabran, secrétaire général du Congrès. Nous ne parlons pas ici de l'accueil que certains de nos confrères de Lyon nous ont habitués à trouver chez eux. Les médecins aliénistes ne pouvaient pas prétendre avoir une part prépondérante dans un Congrès ouvert à toutes les questions d'assistance. Ils n'en ont pas moins eu leur rôle; il était bon qu'ils fussent représentés, puisque les soins à donner aux aliénés font partie des œuvres d'assistance, et il est utile d'avoir un lien qui rattache les œuvres d'assistance les unes aux autres.

Le Congrès réuni à Anvers sous la dénomination de *Congrès international pour l'étude des questions relatives au patronage des condamnés, des enfants moralement abandonnés, des vagabonds et des aliénés*, était

sous une autre forme un Congrès d'assistance. On est tenté, au premier abord, de trouver que les aliénés se trouvaient classés en assez étrange compagnie; mais cette réunion s'explique par le fait qu'on a organisé en Belgique une fédération des Sociétés de patronage belges. Les diverses Sociétés existantes ont des attributions distinctes et un lien commun. Il y a là une organisation qui mérite d'appeler l'attention, dont nos voisins les Belges paraissent se bien trouver, et qu'ils préconisent. Ils proposent d'aller plus loin et d'établir des rapports internationaux entre les Sociétés de patronage par l'intermédiaire de comités centraux institués dans chaque pays à l'instar de la fédération belge. Le Congrès d'Anvers était divisé en quatre sections :

- 1° Protection de l'enfance ;
- 2° Protection des détenus et libérés ;
- 3° Vagabondage, mendicité et aliénés ;
- 4° Droit pénal.

Les questions discutées dans les sections faisaient l'objet de rapports en séance générale. Ce système d'organisation a l'avantage que les questions sont bien étudiées dans les sections où se rencontrent les personnes compétentes, mais l'inconvénient est que l'ordre du jour des séances générales est encombré. On n'y peut que répéter ce qui a été dit dans les sections, et le temps accordé aux orateurs pour développer la question on la discuter est forcément limité.

Le Comité d'organisation avait posé à la troisième section la question suivante : N'est-il pas utile d'organiser le patronage des individus guéris d'une maladie mentale, des sourds-muets ou des aveugles à leur sortie des établissements spéciaux d'éducation, et des épileptiques qui se trouvent abandonnés et sans ressources? Quel est le meilleur système de patronage pour cette catégorie de malheureux?

Trois mémoires avaient été présentés : l'un du D^r Semal, directeur de l'asile des aliénées de Mons; l'autre, de M. Stockmans, en religion P. Amédée, supérieur général des Frères de la Charité; le troisième, de l'auteur de cette chronique. La question était complexe; aussi n'avait-elle pas été traitée au même point de vue dans les trois mémoires. Le D^r Semal ne s'était occupé que des aliénés, le P. Amédée que des sourds-muets et des aveugles; le troisième mémoire traitait du patronage des aliénés et des épileptiques. Le D^r Semal, dans son exposé, dit qu'on a beaucoup fait pour assurer le bien-être matériel et moral de l'aliéné colloqué, mais que, d'autre part, tout reste à faire pour l'aliéné au dehors des établissements destinés à l'abriter. C'est un préjugé de croire que les maladies mentales sont généralement, sinon complètement incurables, et on peut agir pour prévenir le développement des maladies mentales qui ont deux grands facteurs se disputant la prééminence étiologique de la folie, les excès alcooliques et la misère. On doit chercher à rattacher l'aliéné séquestré au monde extérieur; mais la sollicitude du patronage ne doit pas s'arrêter à la personne de l'aliéné dont la maladie peut laisser sans soutien une mère, une femme, des enfants moralement et matériellement abandonnés. Une sollicitude affectueuse et éclairée est nécessaire pour l'aliéné sortant de l'asile, plutôt convalescent que guéri. Enfin, pour des raisons multiples où le souci pécuniaire prend une place prépondérante, les autorités administratives retardent parfois l'accès de l'asile et négligent le moment opportun où l'action médicale pourrait s'exercer efficacement. Là encore, le patronage a un rôle.

Le P. Amédée préconise la création de sociétés de patronage pour les aveugles et pour les sourds-muets.

Le troisième mémoire rappelle brièvement ce qui a

déjà été fait en faveur du patronage des aliénés, et l'expérience montre qu'il y a intérêt à spécialiser chaque patronage. L'assistance des épileptiques est beaucoup moins développée que celle des aliénés, et c'est une lacune à combler.

La section décida que la question posée par le Comité d'organisation serait scindée et ferait l'objet de trois rapports distincts en séance générale. Aucune contestation ne s'éleva sur l'utilité du patronage. Sur le rapport de M. Semal, la proposition suivante fut votée :

« I. — Le Congrès émet le vœu que chaque établissement d'aliénés soit affilié à une œuvre de patronage spéciale aux aliénés. A cet effet, un Comité institué auprès de chaque asile s'assurera dans les diverses localités d'où viennent les aliénés, d'un nombre suffisant de correspondants. Les divers comités seront fédérés sous l'impulsion d'une commission centrale des patronages.

« II. — Le Congrès émet le vœu que des aliénés soignés dans leurs familles soient soumis au patronage et qu'ils soient efficacement secourus par les pouvoirs publics.

« Pour couvrir les frais du patronage, il conviendrait que le prix de la journée d'entretien, pendant les premiers temps de la sortie provisoire, fussent perçus au profit de la caisse du patronage, ou bien que le prix de la journée d'entretien comprît une certaine quotité réservée à cet usage. »

Sur le rapport du P. Amédée, les conclusions suivantes furent admises :

« Il est nécessaire d'organiser le patronage des aveugles et des sourds-muets dans le but d'améliorer le sort moral et matériel de ces malheureux, pour assurer leur éducation et leur placement dans des établissements spéciaux et leur procurer, pendant leur séjour et à leur sortie, dans toutes les conditions et à toutes les époques

de la vie, une protection personnelle, permanente et efficace. »

Sur la proposition du troisième rapporteur, la motion suivante fut votée : « Le Congrès émet le vœu que l'assistance des épileptiques soit organisée. L'épilepsie ayant des relations étroites avec l'aliénation mentale, les Sociétés de patronage pour les aliénés pourront étendre leur action sur les épileptiques. »

Je n'aborderai pas ici les autres questions discutées au Congrès d'Anvers parce qu'elles s'écartent de nos études habituelles. Je me bornerai à faire remarquer le mouvement qui s'opère en faveur du patronage des aliénés dans la Belgique, et l'adhésion donnée à ce mouvement par un Congrès international est de nature à le propager dans les autres pays.

Le Congrès a eu ses fêtes et ses excursions : Réception à l'Hôtel de Ville, à l'Aenghenaemen-Hof au vieil Anvers dans l'Exposition ; promenade le dimanche sur l'Escant ; excursions à Gheel, au refuge de Wortel, au grand dépôt de mendicité de Hoogstraeten-Merxplas. Je n'entrerai pas dans le détail de ces fêtes et de ces excursions qui formeraient ici un hors-d'œuvre. Je me bornerai à dire quelques mots d'une visite particulière à l'asile d'aliénés d'Anvers. Cette visite m'a montré qu'en Belgique comme ailleurs, les locaux deviennent insuffisants pour recevoir les aliénés dont le nombre augmente. L'asile d'Anvers n'est pas beau. Situé en pleine ville sans extension possible, avec de vieux bâtiments et de petites cours, il contraste singulièrement avec le magnifique hôpital que nous avons visité, et avec la prison d'Anvers. C'est un établissement condamné et frappé d'un arrêté de fermeture ; mais les aliénés d'Anvers continuent d'y être admis. D'après la loi belge, lorsqu'un asile est fermé d'office, le gouvernement doit désigner l'établissement où les malades

seront transférés. Or, à Anvers, le *statu quo* est maintenu parce qu'on ne trouve pas d'autre établissement pouvant recevoir les aliénés. L'honorable régent de l'asile a eu le courage de ne rien dissimuler et a été le premier à me dire : « Si vous parlez de l'asile, vous pouvez dire qu'il n'est pas digne d'Anvers; mais si les aliénés sont mal logés, nous faisons ce que nous pouvons pour les bien nourrir. »

Le Congrès de patronage d'Anvers était lui-même sous le patronage du gouvernement, représenté par le Ministre de la justice. M. Lejeune, ministre d'État, ancien ministre de la justice, que nous avons vu au Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles, a pris une part active aux discussions. L'impulsion donnée pour résoudre des questions touchant à l'assistance de déshérités de diverse nature devra donner des résultats, et nous avons cru utile d'en rendre compte, au moins pour la partie qui touche aux aliénés.

A. GIRAUD.

Lettre d'Amérique.

L'affaire Prendergast et les déficiences des expertises médico-légales en matière de folie. — Les progrès de l'assistance des aliénés retardés par les ingérences politiques. — Cession de l'*American Journal of Insanity* à l'Association médico-psychologique.

Le récent procès de Patrick Eugène Prendergast, meurtrier du maire de Chicago, Harrisson, en octobre 1893, présente un certain intérêt au point de vue psychiatrique et médico-légal. Ce n'est pas qu'il nous montre aucun changement dans la jurisprudence ou qu'il indique aucun progrès notable dans la pratique de nos cours de justice en présence d'un cas de folie, ce serait plutôt le contraire; mais il met en relief, mieux que les procès les plus criminels, les bons et les mauvais côtés de nos usages relativement aux témoignages des

experts. Cette affaire et une ou deux autres qui se sont produites à la même époque, ont excité un intérêt considérable dans le public. Elles peuvent être l'origine d'une réforme bien nécessaire.

Les circonstances du crime sont bien connues. L'accusé, Prendergast, était un Irlandais de peu d'éducation, exerçant la profession précaire de porteur de journaux. Au physique, c'était un dégénéré assez typique; il avait le crâne et les mâchoires déformés et d'autres anomalies notables. Au mental, c'était un véritable imbécile qui en même temps donnait des signes évidents d'insanité; il avait un haut sentiment de lui-même et soutenait que, seul, il pouvait mener à bien de grandes réformes dans l'Eglise et dans l'Etat. Ainsi c'était à la fois un homme d'une grande débilité mentale et un type achevé d'aberration mentale religio-politique.

Son histoire, l'instruction l'a montré, est d'accord avec ce que je viens de dire. Tous ceux qui l'ont intimement connu, maîtres, ecclésiastiques catholiques et protestants, instituteurs, etc., ont, dans leurs témoignages dont aucun n'a été attaqué ou sérieusement contesté, fait connaître un très grand nombre d'actes de folie. Ce n'était pas un anarchiste, ni même un quasi-criminel, comme Guiteau, avec qui il a plus d'un point de ressemblance; il a toujours été honnête, et ses aspirations et son idéal ont toujours été au moins respectables.

Les faits n'ont point été mis en doute; toute la question était de savoir si l'accusé était sain d'esprit et responsable devant la justice. Si la victime avait été quelque individu obscur, il est certain que l'affaire eût été vite classée et qu'il eût été interné dans l'asile public pour les aliénés criminels. Mais les circonstances étaient particulières. La victime, il est vrai, n'était pas au premier rang des hommes d'Etat de l'Amérique,

mais c'était un homme que ses qualités faisaient aimer et admirer, et très populaire. Par suite l'opinion publique s'éleva avec violence contre l'accusé. Un juge d'instruction des plus habiles dans les affaires criminelles fut spécialement chargé de diriger les poursuites et rien ne fut épargné de ce qui pouvait aider à les mener à bonne fin. Avant le débat, six médecins aliénistes furent chargés d'examiner l'état mental de l'accusé et de faire un rapport. Mais, contre l'attente des magistrats, il ne s'en trouva qu'un qui voulût attester la responsabilité du criminel; encore admettait-il une certaine débilité mentale chez l'accusé, mais il ne pensait pas que cela dût empêcher l'exécution. Tout dans le procès s'accorda avec les témoignages des médecins et si ce n'est peut-être la seule exception indiquée, aucun médecin ayant une expérience étendue du traitement des aliénés, et que l'on puisse dire à juste titre un aliéniste habile, ne donna de conclusions en faveur des poursuites. D'un autre côté, trois des experts choisis par l'État furent assignés à part et déposèrent ensemble dans le sens de la défense, ainsi que d'autres personnes d'une expérience plus ou moins grande dans les maladies mentales. L'affaire toutefois fut habilement menée par le ministère public; le jury rapporta un verdict de culpabilité et Prendergast fut condamné à mort.

Quoique ce fût là l'opinion du jury, les dépositions dans le procès avaient convaincu bien des gens que Prendergast était un aliéné. Tous les moyens légaux furent employés par son avocat pour faire revenir sur la décision; on différer l'exécution. On eut recours en dernier ressort à un procédé peu usité. On fit valoir que le prisonnier était devenu fou et on demanda un jugement déclarant la folie, un homme ne pouvant être légalement pendu dans ces conditions. Le second procès fut pareil au premier. On vit à côté les uns des autres

de vrais experts et des praticiens non spécialistes. Le résultat fut le même, et finalement Prendergast fut exécuté, protestant jusqu'au bout qu'il avait agi non dans un but criminel, mais dans une bonne intention. Quelques jours après le procès, un des jurés se suicida ; on suppose qu'il était atteint de folie.

Les particularités de quelques-uns des témoignages médicaux du cas présent, et de deux ou trois autres, étaient de nature à exciter beaucoup d'intérêt dans tout le corps médical ; les diverses Sociétés de médecine de Chicago nommèrent un comité commun pour rechercher les moyens d'empêcher les personnes incompetentes de se poser comme experts au grand discrédit de la profession médicale et du témoignage des médecins en général. Le comité a réuni les éléments d'un projet de loi qui a été approuvé par les Sociétés de Chicago, puis par la Société de médecine de l'Etat de l'Illinois, et qui sera probablement présenté à la rentrée des Chambres. Il pourvoit à la nomination, par les juges du ressort, de personnes de probité et de compétence reconnues pour faire les expertises en matière criminelle, pour résoudre dans un rapport les questions posées et pour répondre contradictoirement sur les matières de leurs expertises. Ils seront les experts officiels, rétribués par l'Etat ; mais cela ne veut pas dire que des experts non officiels ne puissent pas être employés par la défense, comme cela s'est fait jusqu'ici. Cette mesure est-elle un remède aux maux existants ? on en fera l'épreuve ; mais si on avait eu une pareille loi au moment du procès de Prendergast, une grande partie du scandale auquel il a donné lieu aurait certainement été évitée.

Depuis l'exécution de ce malheureux aliéné, la crainte en sa maladie a beaucoup augmenté dans l'esprit du public et la seule excuse que j'entende donner à

cette affaire, c'est que quand il s'agit d'aliénés pareils, mieux vaut les pendre. Heureusement pour l'honneur de l'humanité, ceux qui s'expriment ainsi sont, je le crois, de moins en moins nombreux.

— Le discours que le D^r Weir Mitchell a prononcé devant l'Association médico-psychologique d'Amérique a provoqué des commentaires, et comme on peut s'y intéresser partout, je crois devoir le signaler ici. C'est une mise en accusation sévère, et trop absolue pour être bien juste, de l'ensemble des aliénistes américains. Il y en a beaucoup qui sont étrangers au progrès et qui ne doivent leur position qu'à l'influence d'amis politiques. Mais je crois exact de dire que le mouvement scientifique n'a point cessé de progresser et que nous n'avons pas à rongir de la plupart de nos institutions pour les aliénés, ni de leurs fonctionnaires. Les Américains sont sujets par moment à des accès de dénigrement d'eux-mêmes, où ils ne se rendent pas justice ; ils sont portés à rejeter sur tous le blâme qui ne s'applique qu'aux fautes de quelques-uns. C'est toutefois un bon signe que nous tenions notre idéal loin devant nous et que nous ne soyons pas satisfaits tant que toutes nos institutions ne seront pas comparables à leur avantage aux meilleures des autres pays, en qualités pratiques comme en résultats scientifiques. Les critiques du D^r Mitchell semblent peu gracieuses dans les circonstances où il les a faites ; mais elles peuvent faire du bien sur certains points et, quelque imméritées qu'elles soient, elles ne peuvent pas faire de mal. Nous avons en regard, dans la discussion qui a suivi le discours, le témoignage du D^r Spitzka sur les progrès réels de la psychiatrie en Amérique pendant les dix ou quinze dernières années. Le D^r Spitzka, qui est lui-même une haute autorité en matière d'aliénation mentale, a été dès le principe un des avocats les plus énergiques et les meilleurs des

progrès de la science dans les asiles d'Amérique et un de leurs critiques les plus sévères ; un témoignage favorable de sa part est ce que l'on peut avoir de plus précieux à cet égard.

Le D^r Spitzka connaît à fond les institutions du New-York, qui, soumises aux lois de cet État, sont dans une large mesure délivrées des maux qui affligent les institutions de plus d'un État du centre de l'Union, et son jugement favorable est assurément motivé en grande partie par les observations qu'il y a faites. Là encore, néanmoins, le mal de l'ingérence de la politique s'est fait sentir, par la tentative qu'a faite une commission d'origine politique, pour s'arroger indûment un droit de contrôle sur les hospices d'aliénés de l'État. La résistance vigoureuse opposée à cette usurpation par quelques-uns des chefs de ces établissements, notamment par le D^r Blumer, de l'asile d'Utica, la condamnation formelle que lui infligèrent la presse médicale et bien d'autres journaux provoquèrent l'échec de cette tentative, et mirent même en danger l'existence de la commission ; mais ce qui s'est passé montre l'existence d'un esprit de malveillance qu'il faut combattre.

— On avait aussi à craindre, non sans raison, que cette même commission ne voulût tenter de mettre la main sur l'*American Journal of Insanity* publié depuis cinquante ans à l'asile d'Utica. Ce danger a été écarté par la cession du journal à l'Association médico-psychologique. Il sera édité désormais par un comité de cette Association, à Chicago. On doit espérer qu'il ne dégénérera pas par ce changement et qu'il se maintiendra au même degré de supériorité qu'il a atteint durant les dernières années sous la direction du D^r Blumer. Si cela est, il n'y a pas de raison pour qu'il ne prospère pas sous la nouvelle direction.

D^r H. M. BANNISTER.

Chicago, 18 août 1894.

Pathologie

DE L'ABSENCE
DU
CHEVAUCHEMENT HABITUEL
DE LA PARTIE ANTÉRIEURE DES ARCADES DENTAIRES
COMME STIGMATE DE DÉGÉNÉRESCENCE

Par le D^r CAMUSET
Médecin-directeur de l'asile de Bonneval.

Il est une disposition particulière des mâchoires, l'une par rapport à l'autre, peu fréquente chez les individus normaux, fréquente au contraire chez les aliénés et qui, pour cette raison, mérite d'être notée.

Dans la race blanche et à l'époque contemporaine, les arcades dentaires forment deux courbes qui ne sont pas ordinairement tout à fait égales ni juxtaposables dans toute leur étendue, l'inégalité ne porte que sur la partie antérieure.

Broca a établi que, chez l'homme, la courbe formée par l'axe des arcades dentaires se rapporte à deux types différents : le type parabolique, apanage des races supérieures, et le type elliptique, apanage des races inférieures. Or, qu'ils soient paraboliques ou elliptiques, les axes dentaires, l'axe supérieur et l'axe inférieur, peuvent se juxtaposer à partir d'un certain point qui répond aux prémolaires; mais, en avant de ce point, l'axe de l'arcade inférieure est plus petit que celui de l'arcade

supérieure, dans lequel il s'inscrit, pour continuer à employer des termes de géométrie.

Il en résulte que quand les mâchoires sont rapprochées et au repos, dans la position naturelle et sans effort musculaire de la part du sujet, les petites et grosses molaires supérieures correspondent exactement aux mêmes dents inférieures, les premières s'appliquant carrément, par leur face libre, sur la face libre des secondes, mais qu'il n'en est pas de même des incisives et des canines. Les incisives et les canines supérieures sont situées en avant des mêmes dents inférieures, et elles les masquent dans une plus ou moins grande partie de leur hauteur. Ce qui revient à dire que, dans la position naturelle des mâchoires fermées et au repos, les incisives et canines inférieures remontent plus ou moins haut, selon les sujets, derrière les incisives et canines supérieures, en un mot que les *mâchoires chevauchent*.

C'est là le chevauchement normal des dents; mais le moindre effort, une contraction légère des ptérygoïdiens externes, le fait disparaître en amenant la mâchoire inférieure un peu en avant. Les molaires inférieures glissent alors sur les supérieures et le bord libre des dents antérieures de la mâchoire inférieure vient s'appliquer sur le bord libre des dents correspondantes de la mâchoire supérieure. Mais dans cette position les mâchoires ne sont pas au repos naturel, le nouveau rapport se détruit dès que les ptérygoïdiens se relâchent et le chevauchement reparait.

Si les dents de devant de la mâchoire inférieure sont normalement masquées par les dents correspondantes supérieures, elles le sont dans une étendue extrêmement variable, selon les sujets. Chez certaines personnes, les incisives supérieures descendent jusqu'au niveau du bord libre de la gencive inférieure, en sorte qu'on ne voit pas du tout, en écartant leurs lèvres quand leurs

mâchoires sont fermées, leurs dents antérieures du bas. Chez d'autres personnes, elles ne descendent pas à plus de 2 ou 3 millimètres plus bas que le bord des incisives inférieures, en sorte qu'on peut voir celles-ci dans leur presque totalité. Entre ces deux limites extrêmes, on observe tous les degrés possibles de chevauchement.

A notre époque, ce chevauchement est habituel dans la race blanche, mais il n'est pas général, et il n'est pas très rare de rencontrer des sujets chez lesquels il fait absolument défaut. Dans ces cas, les mâchoires fermées au repos, les dents de devant, les supérieures et les inférieures, se rencontrent par leur bord libre, ces sujets *ont l'air de vouloir montrer leurs dents*. S'ils cherchent à les faire chevaucher, ce à quoi ils arrivent très facilement, ils n'ont qu'à faire un léger effort musculaire, opposé précisément à celui noté plus haut, ils ramènent ainsi leur mâchoire inférieure en arrière et le chevauchement s'établit; mais c'est là pour eux un rapport anormal qui ne persiste qu'à l'aide d'un effort et qui se détruit dès que celui-ci cesse.

Le chevauchement des dents amène avec l'âge une usure caractéristique des dents antérieures de la mâchoire inférieure. Celles-ci sont usées en biseau aux dépens de leur face antérieure. Ce biseau est parfois très prononcé et descend très bas, chez les personnes qui ont atteint la cinquantaine. Sur le squelette, l'existence ou l'absence de ce biseau d'usure permet d'affirmer que le sujet présentait ou ne présentait pas le chevauchement habituel des dents. — Tous ces détails anatomiques paraissent peut-être bien minutieux; mais, comme ils ne figurent nulle part, je crois, et que l'on trouve seulement signalée par les anatomistes et les anthropologistes, l'absence de chevauchement des dents sur les crânes appartenant aux époques anciennes, il était nécessaire de les exposer.

Le chevauchement des dents manque donc sur les crânes anciens, il manque aussi sur les crânes modernes dans les races inférieures. On se convainc facilement de ces particularités en visitant les collections de crânes si riches dans certains centres scientifiques. Si l'on n'est pas parmi les privilégiés qui résident près des centres scientifiques, on s'en convainc encore facilement en regardant les excellentes planches de l'ouvrage de M. Topinard : *Les éléments d'anthropologie générale*. — Je signalerai particulièrement, à la page 892 de ce traité, trois figures données comme des représentations de diverses variétés de prognathisme, dans lesquelles il n'existe pas le moindre chevauchement.

L'une se rapporte à un Parisien du troisième siècle, l'autre à un Néo-Calédonien, et le troisième à un nègre du Cordofan. — A la page 891, la représentation d'une tête osseuse mérovingienne donnée comme typique, sur laquelle le chevauchement manque également. Enfin, à peu d'exceptions près, dans les nombreuses représentations de la face qui se trouvent dans le livre de M. Topinard, et qui se rapportent, soit à des blancs d'une époque ancienne, soit à des individus de races inférieures, le chevauchement fait défaut.

A notre époque, l'observation la plus superficielle démontre que l'absence de chevauchement est très exceptionnelle chez les personnes normales de race blanche, et qu'au contraire elle est fréquente chez les aliénés appartenant à la même race. Sans préciser davantage, j'ai cherché à établir la proportion entre le nombre des sujets chez lesquels le chevauchement existe, et le nombre de ceux chez lesquels il n'existe pas, d'abord chez les sujets normaux et ensuite chez les aliénés. L'examen a porté, d'une part, sur les enfants de deux écoles, l'une de filles, l'autre de garçons, et d'autre part sur tous les aliénés, hommes et femmes, de

l'asile de Bonneval. Les enfants étaient, comme les aliénés, en très grande majorité originaires des mêmes régions, du département d'Eure-et-Loir et des départements voisins.

1° *Sujets normaux*. — Garçons : 2 sur 91; filles : 3 sur 98. Ce qui donne 5 sur 189, c'est-à-dire 3.2 p. 100 pour les deux sexes.

Les deux garçons chez lesquels le chevauchement manquait étaient deux frères d'une débilité mentale prononcée, au dire de l'instituteur. Ils n'avaient pu qu'apprendre à lire et très difficilement. Il avaient tous deux la voûte du palais fortement ogivale.

Sur les trois filles chez lesquelles existait l'anomalie qui nous occupe, l'une avait, elle aussi, la voûte palatine très ogivale, les deux autres ne présentaient pas ce stigmate, mais elles avaient les dents très irrégulièrement implantées. Elles étaient toutes trois d'une intelligence ordinaire.

On pourrait, à la rigueur, conclure de ce tableau que l'absence de chevauchement est plus fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin; mais les chiffres ci-dessus sont trop peu élevés pour qu'on puisse légitimement en tirer des conclusions de ce genre. Il faudrait examiner un nombre bien plus considérable de sujets de chaque sexe, et aussi observer dans des contrées différentes.

La seule proposition certaine que je prétende déduire de ma statistique restreinte est celle-ci : L'absence de chevauchement est rare chez les individus normaux, sans distinction de sexe. Sur 200 sujets environ, on trouve seulement 5 fois cette anomalie. — Encore devrait-on éliminer les deux garçons dégénérés, ce qui ne donnerait plus que la proportion : 1.58 p. 100.

Noter que toute objection à ces résultats, tirée du jeune âge des sujets examinés, serait sans aucun

fondement. Les sujets étaient bien réellement tous très jeunes, ils avaient de sept à dix-sept ou dix-huit ans au plus, mais il importe peu. On a démontré depuis longtemps, d'une façon irréfutable, que la courbe des maxillaires, dès le moment où la dentition *temporaire* est achevée, est définitive et qu'elle persiste sans se modifier jusqu'à la fin. Voir à ce sujet Magitot (1).

2° *Aliénés*. — L'examen a porté sur 520 aliénés, mais on n'a pu les comprendre tous dans la statistique. Il a fallu éliminer tous ceux qui avaient perdu en totalité ou en partie leurs dents antérieures, parce que, dans ce cas, il est souvent difficile de reconnaître d'une façon certaine l'existence du chevauchement. Les édentés de ce genre étaient relativement nombreux, à cause de la forte proportion, dans le service, de vieux déments et d'idiots adultes. — Les idiots, entre parenthèses, me paraissent perdre leurs dents de bonne heure. — Enfin, on n'a pu tenir compte seulement que de 377 sujets, 160 hommes et 217 femmes.

Aliénés examinés . . .	160 hommes, 217 femmes.	En tout : 377
Absence de chevauchement	38 — 39 —	En tout : 77

Ce qui donne, pour les deux sexes, la proportion de 20.42 p. 100. Quant à la proportion par sexe, elle est de 23.75 p. 100 pour les hommes, et de 17.97 p. 100 pour les femmes.

En résumé, et pour ne pas se perdre dans les chiffres, on peut dire que l'anomalie, constituée par l'absence du chevauchement des dents antérieures, s'observe sur le *cinquième des aliénés*, alors qu'elle est très rare chez les individus normaux, et qu'on ne la rencontre chez eux que dans la proportion de 2 ou 3 p. 100.

(1) Magitot, article *Dent*, du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.

Il est inutile maintenant, je crois, d'insister pour démontrer que l'absence de chevauchement est un stigmaté de dégénérescence, la chose est rendue évidente par les chiffres qui précèdent. J'ajouterai pourtant encore une dernière considération qui a son importance: sur les 77 aliénés présentant le stigmaté, 40 étaient des idiots ou des imbéciles délirants ou non délirants, et 10 étaient atteints de folie épileptique.

Comme on pouvait s'y attendre, ce stigmaté de dégénérescence des mâchoires est le plus souvent combiné avec d'autres stigmates de dégénérescence, comme l'ogivité exagérée de la voûte palatine, l'écartement des oreilles, les asymétries crâniennes, etc. Il y aurait intérêt à rechercher s'il ne coexiste pas avec certains signes de dégénérescence plus souvent qu'avec certains autres; mais je n'ai pas poursuivi cette recherche trop aride, je ne me suis occupé que de la grande envergure, et seulement chez les hommes. Or, le plus souvent l'on trouvait, avec l'absence de chevauchement, l'exagération de l'indice de la grande envergure.

A quelle cause ou plutôt à quelle particularité anatomique de la tête, est due l'anomalie qui nous occupe? — Je ne puis répondre avec certitude à cette question. Il en est d'elle, peut-être, ce qu'il en est de la question de l'ogivité exagérée de la voûte palatine, qu'on n'a encore pu résoudre que par des hypothèses plus ou moins plausibles. Il faudrait du reste étudier sur un grand nombre de têtes ossenses, et c'est encore là un travail qu'on ne peut entreprendre que dans un laboratoire d'anthropologie.

On pense tout d'abord au prognathisme, mais c'est une erreur, car le prognathisme vrai n'entraîne pas nécessairement la saillie exagérée de la maudibule, il est simplement l'expression de la saillie en avant plus ou moins prononcée de la face par rapport au crâne. Plus

donc le maxillaire supérieur est porté en avant, plus le chevauchement dentaire doit s'exagérer, si le maxillaire inférieur ne participe pas à cette disposition du supérieur.

Il est cependant une conformation particulière qui paraît devoir commander, théoriquement au moins, l'absence du chevauchement dentaire, et qui se rattache sous certains rapports au prognathisme, c'est l'exagération de l'angle du menton, de l'angle symphysien des anthropologistes. On sait qu'on désigne ainsi l'angle formé par la ligne symphysienne du maxillaire inférieur avec le plan du bord inférieur de cet os. Il est évident que plus cet angle est ouvert, plus les dents inférieures doivent se porter en avant, en sorte qu'elles arrivent, à un certain moment, à se trouver dans le plan des dents supérieures et non plus en arrière de celles-ci, le chevauchement n'existe plus alors. — Faire ainsi dépendre le chevauchement dentaire de la diminution de l'angle symphysien concorde parfaitement avec ce fait, que l'angle symphysien, dans l'espèce humaine, semble être en voie d'évolution dans le sens de la diminution. Ainsi, cet angle est, chez le Parisien moderne, de 72 degrés; chez l'homme préhistorique de la Lozère, de 74 degrés; chez le nègre d'Afrique enfin, de 82 degrés; chez le chimpanzé, il dépasse 90 degrés de beaucoup.

Je termine ici cette étude trop abrégée; elle suffit pourtant pour établir, d'une façon évidente, que l'absence du chevauchement dentaire est un stigmate de dégénérescence. Ce stigmate est fréquent, puisqu'on le constate sur le cinquième environ des aliénés, particulièrement sur les idiots et les imbéciles; il n'avait cependant pas encore été signalé. Il est spécialement intéressant, en ce sens qu'il se rattache sans conteste à l'atavisme.

On tend, à notre époque, à réagir contre l'importance

qu'on a accordée, en pathologie, à l'atavisme. Il est bien certain que les idiots microcéphales, par exemple, ne sont pas des ancêtres, de tels individus n'auraient pu lutter pour la vie et se seraient éteints. Mais les idiots sont des composés désharmoniques par excellence: 1° d'appareils et d'organes qui ont évolué normalement et complètement, et sont arrivés au terme actuel de l'évolution progressive humaine; 2° d'appareils et d'organes qui se sont arrêtés à une phase quelconque de cette évolution, c'est-à-dire qui ont le caractère atavique; 3° enfin d'appareils et d'organes qui ont dévié, c'est-à-dire qui ont suivi une évolution anormale. Or, les deux derniers groupes sont de nature pathologique aussi bien l'un que l'autre. Et l'idiot peut présenter un ou plusieurs caractères ataviques sans qu'il en résulte qu'il ressemble à un ancêtre normal, dont tous les appareils et organes étaient harmoniques et arrivés à un même degré complet, pour l'époque, de l'évolution progressive. En fin de compte, il est donc licite, scientifiquement, de considérer l'absence de chevauchement dentaire comme un caractère ancestral reparaisant chez des modernes, en général plus ou moins dégénérés. En général, et non toujours, car les individus normaux modernes présentent parfois ce stigmate. Il est même à noter qu'il est quelquefois héréditaire dans une famille.

Pour compléter ce travail, trop succinct, ai-je dit, il faudrait étudier le chevauchement dentaire dans les différentes races humaines, au point de vue de l'anthropologie, et aussi dans les prisons au point de vue de la criminalité. C'est dire qu'il faudrait avoir des champs d'observation tout spéciaux et qui me manquent.

Médecine légale

LES INCENDIAIRES EN SAVOIE

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

ÉTUDE SUR LA DÉMENCE LÉGALE

Par le D^r Jules DUMAZ

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Directeur-médecin en chef de l'asile des aliénés de Bassens,
Membre correspondant de la Société médico-psychologique.

J'ai trouvé un grand nombre d'incendiaires à l'asile de Bassens. Cela m'a donné l'idée de les grouper. Sauf une, les observations se rapportent toutes à des internés appartenant aux deux départements de la Savoie et de la Haute-Savoie.

L'article 64 du Code pénal français déclare : « qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

Ce texte très clair devient d'une application fort difficile par l'impossibilité de définir l'état de démence.

Faustin-Hélie écrit, dans sa *Théorie du Code pénal* (t. I, 4^e édition, 1861, p. 526) : « La première difficulté est de constater les vrais caractères de la démence, c'est de préciser les faits qui la constituent. »

C'est qu'en effet la démence légale n'est point la démence des médecins aliénistes. Pour nous, c'est l'appan-

vrissement acquis de l'esprit, la déchéance des facultés intellectuelles et morales. Elle est le résultat soit de l'âge, soit d'une maladie cérébrale, soit de la maladie mentale. Pour le légiste, la signification est beaucoup plus étendue. Ce n'est pas une maladie mentale définie. C'est un terme qui renferme l'idiotie et la folie. Pas complètement néanmoins, car tous ceux qui sont atteints congénitalement ou momentanément de déchéance intellectuelle ne sont pas pour le légiste en état de démence.

Faustin-Hélie cherche en effet à départager les idiots d'avec les imbéciles, et les fous complets d'avec les fous incomplets. « Quel est, dit-il page 527, le degré de lésion des facultés intellectuelles nécessaire pour constituer la démence légale ? » A cette question, il répond : « Si le juge reconnaît un idiotisme complet, il doit décharger l'accusé de toute responsabilité ; s'il ne constate qu'un affaiblissement plus ou moins prononcé, qu'une privation partielle des facultés mentales, il doit examiner si l'intelligence incomplète ou confuse de l'agent a pu discerner le caractère de l'acte qu'il a commis ; et s'il résulte des circonstances qui ont accompagné et suivi cet acte qu'il avait la conscience de son immoralité, l'imputabilité dépend de cette appréciation. »

En un mot, l'idiot complet est irresponsable ; quant à l'idiot incomplet ou imbécile, ou faible d'esprit, cela dépend des cas. Je doute qu'avec ce commentaire deux médecins aient une base solide pour s'accorder sur le résultat de leur examen d'un imbécile.

Faustin-Hélie dit encore : « La folie comprend les individus dont l'intelligence, après avoir acquis tout son développement, s'est trouvée affaiblie ou éteinte accidentellement. On la divise en démence proprement dite, en manie avec délire, puis en manie sans délire ou monomanie. »

Après avoir fait un petit cours de médecine mentale

à l'usage des avocats, où un médecin aliéniste a beaucoup de peine à se retrouver, Faustin-Hélie déclare que l'état de démence c'est l'état de délire ; que la démence peut être partielle ; que le délire partiel entraîne l'irresponsabilité partielle ; qu'il en est de même pour les monomanes ou maniaques sans délire. Le jugement est difficile ; mais il s'agit toujours de vérifier si le prévenu a eu la conscience du mal qu'il a commis.

Il semble résulter de tout cet exposé qu'il s'agit de rechercher si l'inculpé a conscience du mal qu'il a commis. Si la réponse est négative, il est irresponsable. Si la réponse est affirmative, la responsabilité est partielle suivant les cas. Tous les fous ne sont donc pas irresponsables.

Le commentateur termine ainsi : « Nous avons écarté de l'expression démence les passions, quel que soit le désordre qu'elles jettent dans l'esprit, le somnambulisme ou le sommeil et, enfin, l'ivresse même complète et involontaire.

« Ces diverses causes peuvent sans doute affaiblir et même abolir la criminalité de l'agent, mais leur examen rentre dans l'appréciation morale du fait, dans l'examen de la culpabilité elle-même.

« La loi n'a voulu donner qu'à la démence le caractère et les effets d'une excuse légale ; or, par démence on doit entendre, puisqu'aucun texte n'en restreint le sens, toutes les maladies de l'intelligence, l'idiotisme et la démence proprement dite, la manie délirante et la manie sans délire même partielle. Toutes les variétés de manie sans délire, quelles que soient les dénominations que leur applique la science, quelque classification qu'elles aient reçue, revêtent la puissance de l'excuse et justifient l'accusé, pourvu que leur existence au temps de l'action soit certaine, pourvu que leur influence sur la perpétration puisse être présumée.

« C'est à ces termes que se résume à nos yeux la véritable théorie de l'article 64. »

Je ne sais si cela est clair pour un avocat. Pour un médecin aliéniste, rien de plus confus. Aucun terrain solide, aucune base scientifique pour déterminer l'état de démence visé par la loi pour le différencier de la criminalité.

Qu'est-ce qu'une maladie de l'intelligence? Le récidiviste ou criminel né, le dégénéré héréditaire, le déséquilibré sont-ils des malades? L'individu dépourvu de sens moral, le pervers sexuel, la femme privée du sentiment de la maternité, sont-ils des malades? Où est la limite entre une mentalité malade et une mentalité criminelle? Où est le critérium de cette limite? Sa base scientifique?

Le commentaire de Faustin-Hélie renferme des contradictions. Le légiste admet, page 537, que l'épileptique qui, sous l'influence morbide de son affection, commet un délit, est irresponsable puisqu'il agit sous l'empire d'une démence accidentelle dont il n'a pas conscience. Et l'homme qui, sans être jamais en état d'ivresse, finit par devenir alcoolique et criminel n'est pas excusable. Et l'épileptique par alcoolisme, est-il responsable ou non quand il commet un délit en état de crise nerveuse apparente ou larvée?

Le problème est très difficile. J'ai essayé de le résoudre en étudiant d'abord les faits pour en déduire quelques données capables de le rendre moins ardu.

J'ai divisé toutes mes observations en deux grandes classes : celle où l'irresponsabilité est indiscutable et celle où elle peut être discutée. Les observations de la première classe sont brièvement résumées ; c'est plutôt une énumération ; car leur intérêt est minime au point de vue médical.

I. — INCENDIAIRES A IRRESPONSABILITÉ INDISPUTABLE

LYPÉMANIAQUES

Obs. I. — M.-J. J..., de la commune des G..., a été interné à l'asile de Bassens, le 30 novembre 1885, à l'âge de quarante-deux ans, parce qu'il était aliéné depuis six mois. Halluciné, il se croyait persécuté par les philosophes. C'est un héréditaire, il a deux sœurs aliénées.

Sa famille demanda sa sortie au préfet, en prenant l'engagement de le surveiller. Il lui fut rendu. Deux mois après, ses parents le ramenaient parce qu'il avait mis le feu à sa chambre pour brûler les philosophes, ses persécuteurs, enfermés dans une armoire.

Obs. II. — F. L..., de la commune de V.-sur-D., est internée à l'asile de Bassens, depuis le 10 août 1876, à l'âge de trente-huit ans. Elle était atteinte, depuis une dizaine d'années, de lypémanie avec idées de persécution. Il y avait dix jours qu'elle menaçait d'incendier la maison de ses persécuteurs, quand elle mit ses menaces à exécution.

Inculpée d'incendie volontaire, elle fut reconnue irresponsable par le juge d'instruction et séquestrée.

Obs. III. — B. P..., de la commune d'A..., a été interné à l'asile de Bassens, le 16 octobre 1867, à l'âge de trente-neuf ans; atteint depuis quinze ans de lypémanie avec idées mystiques, il a incendié pour obéir aux ordres de Dieu.

Inculpé d'incendie volontaire, reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il fut séquestré.

Obs. IV. — G.-M. J..., de la commune de B..., a été interné le 15 janvier 1892, à l'âge de trente-deux ans. Aliéné depuis sept ans, il errait dans la commune et avait essayé plusieurs fois d'incendier sa maison. Lypémanique et héréditaire, il a mis le feu à la maison de ceux qu'il accusait de l'empoisonner.

Inculpé d'incendie volontaire, reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il a été séquestré.

Obs. V. — F.-M. A..., de la commune d'A..., a été interné le 14 janvier 1891, à l'âge de quarante-six ans. Atteint depuis plusieurs mois de lypémanie, il a mis le feu chez lui sans trop se rendre compte de ce qu'il faisait. Il prétend que c'était pour le soulager.

Reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il a été séquestré.

Obs. VI. — L. C..., de la commune de Saint-F..., interné le 16 juin 1870, à l'âge de trente et un ans, était atteint de lypémanie hallucinatoire. Errant par la commune, il a allumé un incendie.

Reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il a été séquestré.

Obs. VII. — R. N..., femme F..., de la commune de V..., a été internée à l'asile, à l'âge de quarante-quatre ans, le 21 octobre 1879. Aliénée depuis deux ans, elle errait dans la commune en proférant des menaces d'incendie. Elle a été arrêtée au moment où elle mettait le feu à sa maison pour se débarrasser de ses ennemis imaginaires.

Reconnue irresponsable par le juge d'instruction, elle a été séquestrée.

Obs. VIII. — C. E..., femme D..., de la commune de C... a été internée à l'âge de quarante ans, le 4 août 1885. Atteinte de lypémanie depuis plusieurs semaines, elle a été arrêtée au moment où elle tentait de mettre le feu chez elle.

Reconnue irresponsable par le juge d'instruction, elle a été séquestrée.

LYPÉMANIAQUES ALCOOLIQUES

Obs. IX. — F. J..., de la commune d'A..., a été interné le 11 mars 1872, à l'âge de vingt-six ans. Aliéné depuis deux ans, il errait dans la commune, proférait des menaces d'incendie et se livrait à des voies de fait sur ses parents quand il avait bu outre mesure. Il a mis le feu à sa maison.

Reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il a été séquestré.

Obs. X. — G. L..., de la commune de P..., a été interné à l'asile, le 27 décembre 1878, à l'âge de trente-deux ans. Lypémanique, ses hallucinations étaient surexcitées par des excès alcooliques. Sous l'influence des idées de persécution, il a mis le feu.

Reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il a été séquestré.

Obs. XI. — L. P..., de la commune d'U..., a été interné à l'asile à l'âge de trente-deux ans, le 12 février 1888. Lypémanique et héréditaire, il se livrait à la boisson. Au moment

où il tentait de mettre le feu chez lui, il a été séquestré après avoir été reconnu irresponsable.

Obs. XII. — B. P..., de la commune d'A..., interné le 20 juin 1888, à l'âge de soixante-huit ans, lypémanique depuis quatre mois, se livrait à des excès de boisson à la suite desquels il frappait sa femme et sa fille. Héréditaire, il a un frère aliéné. Il a été arrêté au moment où il venait de mettre le feu.

Reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il a été séquestré.

FOLIE ALCOOLIQUE

Obs. XIII. — M. J..., de la commune de P..., interné le 22 avril 1867, à l'âge de vingt-cinq ans, dégénéré héréditaire, faible d'esprit, a une sœur imbécile, est devenu alcoolique depuis trois ans. Sous l'effet de l'intoxication, il a tenté d'incendier la maison de sa mère.

Reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il a été séquestré.

Obs. XIV. — N. L..., de la commune de Saint-P..., interné le 24 décembre 1887, à l'âge de cinquante-quatre ans, est devenu alcoolique depuis deux ans, à la mort de sa femme. Sous l'influence de boissons spiritueuses, il a incendié sa maison sans motif, ou plutôt pour un motif dont il n'a pas conservé le souvenir. C'est un héréditaire, sa mère et sa grand'mère maternelle étaient aliénées.

Le 27 novembre 1887, étant ivre, il a mis le feu chez lui et s'est sauvé en criant au feu : il s'est dirigé vers la gare, il a pris le train pendant que sa maison brûlait. Arrêté le jour même, il nia être l'auteur de cet incendie ; puis il avoua avoir mis le feu involontairement et avoir tenté de l'éteindre, mais n'y parvenant pas, il était parti pour aller consulter un avocat sur un vol d'une vache commis à son préjudice par son beau-père. Il expliqua que son beau-père avait enfermé le diable dans le ventre de sa femme.

Reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il a été séquestré.

IMBÉCILES DEVENUS LYPÉMANIAQUES

Obs. XV. — C. M..., de la commune d'A..., interné le 2 décembre 1879, quarante-cinq ans, demi-crétin, errait et vagabondait dans la commune depuis son enfance ; devenu hallu-

ciné et lypémanique, il s'est cru empoisonné; il a mis le feu par vengeance.

Reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il a été séquestré.

Obs. XVI. — D. C..., de la commune de Saint-B..., interné le 16 octobre 1867, quarante-quatre ans, imbécile, avait des alternatives d'excitation et de dépression; sous l'effet de ses hallucinations lypémaniques, il est devenu incendiaire.

Reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il a été séquestré.

Obs. XVII. — S. E..., de la commune de B..., internée le 26 mars 1876, dix-huit ans, imbécile, dégénérée héréditaire, eut un accès de délire lypémanique pendant lequel elle a incendié.

Reconnue irresponsable par le juge d'instruction, elle a été séquestrée.

Obs. XVIII. — R. M..., de la commune de B..., interné le 5 janvier 1889, vingt-trois ans, imbécile devenu lypémanique, a incendié la maison de ses parents sous l'effet de ses hallucinations.

Reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il a été séquestré.

Obs. XIX. — B. M..., de la commune d'A..., internée le 29 octobre 1889, trente et un ans, imbécile devenu lypémanique, a détruit un village en mettant le feu chez elle, bien que sa famille eût été avertie du danger de la garder.

Reconnue irresponsable par le juge d'instruction, elle a été séquestrée.

MANIAQUES

Obs. XX. — G. C..., de la commune de T..., internée le 12 août 1869, trente ans, aliénée depuis douze ans, manie intermittente, errait dans la commune au moment de ses accès, en proférant des menaces d'incendie qu'elle finit par mettre à exécution en allumant du feu dans sa chambre.

Reconnue irresponsable, elle a été séquestrée.

Obs. XXI. — G. C..., femme A..., de la commune de G.-sur-I..., internée le 27 avril 1895, quarante ans, aliénée depuis six ans, excitation maniaque, chronique, héréditaire, a, par deux fois, allumé un incendie.

Reconnue irresponsable par le juge d'instruction, elle a été séquestrée.

ÉPILEPSIE

Obs. XXII. — R. J..., de la commune de T..., interné le 13 septembre 1876, quarante ans, épileptique, a allumé un incendie pendant un accès maniaque post-épileptique.

Reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il a été séquestré.

IMPULSIONS PYROMANIAQUES

Obs. XXIII. — T. M..., femme F..., de la commune de F., est entrée deux fois à l'asile de Bassens : la première fois, à l'âge de soixante ans, le 23 juillet 1889 ; elle y est revenue le 11 décembre même année, pour y rester jusqu'au 10 juillet 1892. Chaque fois, elle était atteinte de mélancolie anxieuse avec conscience et impulsions irrésistibles.

Triste et très émotive, elle éprouvait des angoisses terribles sous l'effet d'obsessions au meurtre et à l'incendie. Elle avait constamment peur de ne pouvoir résister à l'impulsion au meurtre de ses petits-enfants et à l'incendie de la maison de son voisin. Elle avertissait son mari de ses craintes et le suppliait de l'attacher pour l'empêcher de commettre un crime.

L'hérédité était inconnue faute de renseignements précis.

On prétendait que son affection mentale était la conséquence d'un coup reçu sur la tête.

Elle est sortie guérie.

Obs. XXIV (recueillie par le Dr Anglade, médecin-adjoint à l'asile de Bassens). — D. M..., femme G..., de la commune des V..., internée le 16 mai 1893, cinquante-huit ans, héréditaire, tante maternelle. Son existence était calme et tranquille dans une modeste aisance, à côté de son mari qu'elle aime beaucoup. Elle n'a pas eu d'enfant.

La ménopause est survenue à quarante-huit ans, et ne paraît pas étrangère à ce qui s'est passé dans la suite. En effet, quelques mois plus tard, elle a eu un accès de lyémanie qui a rapidement guéri. Il y a quatre ans, nouvel accès peu intense, s'accompagnant d'hallucinations et d'impulsions.

La séquestration ne fut toutefois pas nécessaire.

La maladie actuelle date de six mois.

La malade a conscience de son état et se rend compte de ses idées délirantes. Son anxiété est profonde. Sa physionomie

porte les traces de l'insomnie ; les traits sont tirés ; le teint est terreux.

Au point de vue psychique, elle a des hallucinations multiples. Elle entend une voix qui lui dit qu'elle a eu des enfants et qu'elle les a dévorés ; et cette voix la menace parfois de la faire brûler.

Elle voit des flammes ; elle sent de fortes odeurs de soufre et de vidange depuis six mois. Pas d'hallucination du goût.

La véritable cause de son angoisse réside dans ses impulsions conscientes. Si elle voit un couteau, elle se sent poussée à le saisir pour en frapper son mari. Quand elle est devant le feu, elle est tentée de prendre un tison et d'incendier la maison.

Un jour, elle s'est enfermée chez elle parce qu'elle sentait que dehors elle aurait frappé la première personne qu'elle aurait rencontrée.

Une autre fois, elle a avalé du poison pour se détruire, dans la crainte de ne pouvoir résister aux impulsions criminelles.

La mémoire est un peu affaiblie, la conscience intacte, l'alimentation difficile, le sommeil rare.

Elle est sortie guérie le 3 septembre 1893.

Bien qu'il n'y ait pas eu d'incendie dans ces deux observations, je les ai rapprochées des précédentes pour montrer une forme particulière de démence légale.

DÉLIRE DE PERSÉCUTION

Obs. XXV. — L. E..., de la commune de C..., interné le 23 août 1889, soixante-trois ans, est un ancien gendarme atteint depuis plusieurs années de délire de la persécution, variété des persécutés-persécuteurs sans hallucination.

Le point de départ de son délire est un fait vrai qu'il dénature en l'interprétant à son préjudice. Il croit qu'on lui en veut parce qu'il a été gendarme ; c'est pour cela qu'on lui a volé le terrain situé devant la porte de sa maison au moment où il a été exproprié pour cause d'utilité publique, lors de l'établissement du chemin vicinal. Le notaire, les juges, les habitants de sa commune se sont ligués contre lui.

Il a dépensé tout ce qu'il possédait en procès pour ses revendications insensées. N'ayant plus rien, il demandait encore le bénéfice de l'assistance judiciaire pour poursuivre de nouveaux litiges.

Plusieurs fois, il avait proféré des menaces d'incendie contre les gens de son village qu'il accusait de prêter de faux serments contre lui.

Un soir, il revenait du chef-lieu d'arrondissement, où il s'était vu refuser l'assistance judiciaire pour un nouveau procès lorsqu'au milieu de la nuit le feu prit à sa maison et tout le village fut détruit. Les soupçons se portèrent immédiatement sur lui. Arrêté, il nia et soutint énergiquement son innocence. Il montra des plaies récentes au front et aux cuisses, qu'il prétendait avoir reçues le soir même, racontant qu'il avait été attaqué chez lui par des malfaiteurs pendant la nuit, dans son écurie, et que lorsqu'il revint à lui de cette brutale agression, il avait vu le feu à sa maison. Il soutenait s'être sauvé en donnant l'alarme, et s'être retiré dans un champ voisin pour y panser ses blessures.

Ce récit était en contradiction avec les témoignages et les faits. On avait retrouvé les traces de ses pas dans la neige, elles ne portaient aucune trace de sang. Les médecins certifièrent que ses blessures avaient été faites par lui-même. Ses voisins n'avaient entendu aucune agression chez lui, aucun cri d'alarme au moment de l'incendie. Ceux qui avaient pénétré chez lui pour l'engager à fuir ne l'avaient pas vu.

Pendant sa détention préventive, L. E... se coupa le cou avec un couteau dans l'intention de se suicider. Il ne cessait d'accuser les habitants d'un village voisin d'être les auteurs de l'incendie. Le juge d'instruction me chargea d'examiner sa mentalité. Je reconnus son délire de persécution et le déclarai irresponsable; il fut séquestré.

Depuis son entrée à l'asile, il n'a jamais varié dans son délire et n'a jamais avoué sa culpabilité d'incendie. Il reste donc un doute à cet égard malgré les preuves les plus fortes qui pèsent sur lui.

Ce qui paraît le plus vraisemblable, c'est que, détestant les gens de son village, ne possédant plus rien, pas même sa maison, débouté de l'assistance judiciaire, il a mis le feu à son habitation pour qu'elle ne devînt pas la propriété d'un de ses ennemis.

Pour quel motif voulut-il se tuer en prison? Probablement, par orgueil. Ancien gendarme, se sentant coupable, il préférerait la mort au déshonneur.

Au point de vue médico-légal, toutes ces observations sont des cas de démence légale. Si le juge d'instruction

a demandé l'avis d'un médecin-expert, c'est, non pas parce que la responsabilité de l'incendiaire lui paraissait douteuse, mais pour justifier son ordonnance de non-lien et obtenir l'internement dans un asile d'aliénés.

La dernière observation fait seule exception. L'inculpé ne répondait pas comme un aliéné, il se défendait comme un criminel ou un innocent.

Le persécuté-persécuteur L... E..., s'il est réellement l'auteur de l'incendie, n'a pas agi, après le crime, comme les autres persécutés-persécuteurs. Il a nié et accusé autrui. La plupart du temps, après son meurtre, le persécuté-persécuteur se glorifie d'avoir frappé; et s'il cherche à l'atténuer en l'expliquant, du moins ne le nie-t-il jamais.

Dans ces vingt-cinq observations, l'article 64 du Code pénal est applicable. Tous ces incendiaires et pyromanes sont des déments suivant la loi et le juriste. Leur démente se manifeste par le délire, l'hallucination, l'impulsion irrésistible, la perversion du sens moral. Or le délire des conceptions, l'hallucination, la perversion des sentiments altruistes, le délire des instincts, le délire des actes, les impulsions irrésistibles, sont les effets de perturbations fonctionnelles intéressant le jugement, la sensibilité, les sentiments, la volonté.

Voyons maintenant si nous trouvons chez les autres incendiaires le jugement, ou le sens moral, ou la volonté à l'état sain, c'est-à-dire à dose suffisante pour pouvoir vivre en société sans transgresser le Code pénal.

II. — INCENDIAIRES A RESPONSABILITÉ DISCUTABLE

ENFANTS PYROMANES PAR INSUFFISANCE MENTALE

Obs. XXVI. — B... J... et D... P... sont deux garçons, le premier de treize et le second de quatorze ans, qui vagabondaient ensemble et agissaient de concert, le plus jeune obéissant

aux suggestions de l'autre. Ils ont allumé de nombreux incendies et détruit des villages entiers pour se procurer le plaisir de voir briller la flamme.

Tous deux appartiennent à des familles de faibles d'esprit et sont des faibles d'esprit eux-mêmes.

L'oncle maternel de B... J... est sourd-muet, goitreux, imbecile ; son grand-père est un faible d'esprit.

La mère de D... P... était une simple d'esprit appartenant à une famille d'imbéciles.

Inculpés tous deux d'incendie volontaire, le juge d'instruction me chargea de les examiner. Je constatai chez eux des stigmates de dégénérescence physique, une insuffisance mentale intéressant le jugement, le sens moral et la volonté ; et je les ai déclarés irresponsables. Ils furent séquestrés à l'asile de Bassens le 21 mai 1890.

Oss. XXVII. — N... M... est aussi un imbécile complet, âgé de quinze ans, fils d'un alcoolique portant les stigmates de la dégénérescence physique, qui a incendié pour le seul plaisir de voir briller.

Reconnu irresponsable par le juge d'instruction, il a été séquestré le 12 juillet 1891.

Ces trois pyromanes ont les caractères de la pyromanie décrite par les auteurs classiques. Ils sont insuffisants en jugement : ils n'ont jamais rien pu apprendre ni à l'école, ni au catéchisme. Ils sont insuffisants en sentiments altruistes : ils avouent leurs incendies sans regret, ni émotion, ni pitié, ni honte, comme s'ils avaient brûlé une botte de paille sur un grand chemin. Ils sont insuffisants en volonté, impuissants à résister au désir de voir briller la flamme. Ils agissent sans motif de vengeance, ou pour des motifs tellement futiles qu'ils ne méritent pas le nom de vengeance. Ils ne deviennent pas pyromanes par l'effet de l'intoxication alcoolique. Ce sont des pyromanes-nés.

Mais n'ayant ni délire des conceptions, ni hallucination, leur infirmité mentale ne saute pas aux yeux. Le médecin expert doit la démontrer caractérisée par : une

insuffisance de jugement, de sentiment et de volonté ; un plaisir de voir briller la flamme qui les pousse aux incendies multiples sans esprit de vengeance ; la dégénérescence corporelle ; une tare psychique héréditaire.

A côté de ce premier groupe, je place l'observation suivante qui en diffère sur deux points.

OBS. XXVIII. — G... L... est une enfant de onze ans, élevée par l'administration des Enfants-Assistés. Elle est la fille naturelle de G... B..., demi-crétin, morte deux ans après la naissance de son enfant.

Placée chez des paysans, la petite G... L... aimait à vagabonder, elle manquait l'école. Elle a été renvoyée de chez son père nourricier parce qu'elle lui avait volé des fruits.

Bergère chez M. D..., à S.-C..., elle a incendié l'habitation de B... C... le mardi 12 septembre 1893, à neuf heures et demie du matin, parce que B... C... ne voulait pas qu'elle fréquentât ses deux fillettes, âgées l'une de treize et l'autre de sept ans, et qu'il l'avait réprimandée à cet égard.

Quatre jours après, le samedi, à onze heures du matin, elle a mis le feu à l'habitation de B... J..., veuve B..., âgée de soixante et onze ans, parce que cette femme l'avait réprimandé pour avoir laissé les chèvres paître dans son champ.

Cinq jours plus tard, un jeudi, à cinq heures du soir, G... L... incendia la maison de G... parce qu'il avait manifesté l'intention de la prendre comme bergère et qu'elle redoutait d'aller à son service.

Ces aveux et ces motifs d'incendie ont été obtenus avec la plus grande difficulté ; l'enfant avait conscience de la culpabilité de ses actes.

Dénoncée par les deux fillettes de B... C..., confidentes de ses aveux, arrêtée et confrontée avec les deux dénonciatrices, elle nia énergiquement, mais finit par avouer.

Quand je lui ai demandé pourquoi elle avait détruit toutes ces maisons, elle baissa la tête et garda le silence. A force de sollicitations, elle a renouvelé les aveux et les motifs de vengeance énoncés plus haut. Mais jamais de regret ni de pitié. Je lui ai fait, pour l'émouvoir, le récit des souffrances des enfants que ses incendies ont condamnés à rester sans pain, sans lit, sans vêtement, elle est restée impassible, sans un soupir.

Cette enfant est suffisamment intelligente, elle sait lire,

écrire et travailler. Elle manque de sens moral, de sentiment altruiste. Elle est vicieuse, menteuse, voleuse, rusée, gourmande et portée à l'onanisme.

Chaque fois qu'elle a incendié, elle a bien eu soin d'agir sans être vue, de s'esquiver aussitôt le feu allumé. Elle n'est pas restée là pour voir briller la flamme, ni pour aider au sauvetage, ni pour donner l'alarme.

Au moment où elle allumait l'incendie, elle n'a rien éprouvé de particulier, ni malaise, ni angoisse, ni obsession, ni hallucination, ni crise nerveuse. Elle n'avait pris aucune boisson fermentée.

Elle a agi par vengeance futile : un père lui défend de fréquenter ses enfants, elle brûle sa maison. Une femme lui reproche d'avoir conduit les chèvres sur son champ, elle incendie son habitation. Un paysan veut la demander à l'administration des Enfants-Assistés, elle met le feu à son logis.

Elle n'a ni regret, ni émotion, ni pitié. La vue de l'incendie ne l'a pas troublée. Quatre jours après elle a recommencé, et elle a récidivé cinq jours plus tard.

Etant en observation à l'hospice, on l'a entendue crier en rêvant : « Oui, j'ai bien fait de mettre le feu ! »

En comparant la petite G... L... avec les trois petits pyromanes qui précèdent, on constate qu'elle a comme eux la dégénérescence héréditaire, la lacune des sentiments altruistes, la tendance à l'incendie pour motifs futiles. Elle en diffère par le jugement, elle comprend l'immoralité de son action.

Elle comprend qu'elle fait mal, mais l'absence de pitié laisse un libre cours à la volonté. Elle est aussi insensible à la vue du troisième sinistre que du premier.

Comment se justifie cette infirmité psychique ? Par ce fait qu'elle a eu pour mère une demi-crétine, un être à mentalité insuffisante.

Telles sont les considérations pour lesquelles je l'ai tenue pour irresponsable.

Le juge d'instruction a partagé mon avis. Il lui a accordé le bénéfice de l'article 54 et a demandé son

placement à l'asile des aliénés où elle a été séquestrée le 5 décembre 1893.

Comme terme de comparaison, voici une observation d'enfants incendiaires que je n'ai pas cru devoir faire rentrer dans la démence légale.

Obs. XXIX. — P... J.-M... et P... A..., sont deux frères âgés l'un de neuf ans et l'autre de six ans, de la commune d'Y..., inculpés d'incendie volontaire, que le juge d'instruction me chargea d'examiner au point de vue mental.

Les faits qui leur étaient reprochés étaient les suivants :

Le 13 juillet 1893, vers quatre heures de l'après-midi, ces deux garçons célébraient la fête nationale en faisant partir des fusées d'un sou, près de la remise de N... F... Après les fusées, ils jugèrent à propos d'allumer un feu de joie. Le propriétaire de la remise survint ; et, voyant le danger d'un brasier à proximité d'une remise où se trouvait de la paille, il réprimanda sévèrement les deux gamins.

Un mois après, le 15 août, les deux frères P... amassèrent un tas de paille dans le cabinet d'aisance attenant au hangar de l'usine à l'électricité, ils y mirent le feu pour se divertir. Ce commencement d'incendie fut éteint par l'employé de l'usine.

Quelques jours plus tard, le 25 août, un lundi à neuf heures du matin, P... A..., le plus jeune, de concert avec un enfant de son âge, a allumé du feu sous le hangar de L... Un morceau de papier enflammé placé par eux sous une gerbe de paille, a communiqué le feu au bâtiment. Cinq maisons furent consumées, et la petite ville d'Y... fut menacée de complète destruction.

Les enfants P... J.-M. et P... A... sont intelligents. Ils expliquent qu'ils n'avaient pas l'intention de brûler les maisons, mais seulement de s'amuser.

Ils appartiennent à des familles où on n'a pas signalé de dégénérescence héréditaire. Le père et la mère sont de pauvres ouvriers, incapables d'éduquer et de surveiller leurs enfants, qu'ils laissent vagabonder et mendier pendant qu'ils travaillent aux champs.

Ces enfants n'ont incendié ni pour le plaisir de voir briller la flamme, ni par esprit de vengeance, ni sous l'action de boissons fermentées. Ils regrettent leur étourderie.

Je n'ai découvert ni insuffisance mentale, ni tare héréditaire.

J'ai été d'avis de leur refuser le bénéfice de l'article 64. Ils ont été placés dans une maison de correction.

ADULTES PYROMANES PAR INSUFFISANCE MENTALE

Obs. XXX. — C... M... R..., de la commune de F..., âgée de vingt-neuf ans, fut inculpée d'incendie volontaire pour les faits suivants :

En 1887, le 24 février, un jeudi à sept heures du soir, le feu éclata dans un tas de fascines placées sous le battoir à blé de D... Aussitôt la fille C... M... R... avertit D... en criant au feu. D... sortit de chez lui et vit son chien qui aboyait après cette fille et la tirait par sa robe. Il courut à son battoir, et aidé par la fille C... M... R..., il parvint à éteindre l'incendie.

Le danger écarté, D... offrit à C... M... R... un verre de cidre, mais celle-ci le refusa en disant : « Tu vois ce que c'est de blaguer contre moi. » D... lui demanda alors comment elle se trouvait là. Elle répondit qu'elle avait vu le feu depuis chez elle. Mais D... ayant vérifié l'impossibilité de cette assertion, la soupçonna d'être l'auteur de l'incendie, sans trouver cependant un motif suffisant à une action si criminelle.

Le lendemain, les gendarmes vinrent faire une enquête. C... M... R... se cacha. Interrogée trois jours plus tard, elle raconta qu'elle avait vu le feu en arrivant de chez elle et nia avoir dit : depuis chez elle.

Le 5 mars suivant, un jeudi, vers sept heures du soir, elle mit le feu à la maison de son père qui y était couché et malade. Le lendemain, même tentative. Chaque fois, elle a appelé son oncle S... au secours et le feu a pu être éteint.

Le 20 mars suivant, elle est entrée chez son oncle S... vers deux heures après-midi. Elle a trouvé sa tante et ses cousins dans l'écurie, leur a demandé l'heure, est ressortie, puis est rentrée en leur disant qu'il y avait le feu chez eux. L'habitation fut détruite.

Interrogée le lendemain, elle nia être l'auteur du sinistre.

Quatre ans plus tard, en avril 1891, un jour que son père la grondait parce qu'elle lui avait détérioré des pièces de drap appartenant à ses clients, elle avoua, en présence du garde champêtre, avoir mis le feu en 1887 à la maison de son oncle S...

Arrêtée, accusée d'incendie volontaire, elle déclara au juge

d'instruction qu'elle était la maîtresse de son oncle S... depuis l'âge de dix-huit ans ; que ce dernier avait abusé d'elle, le jour de la mort de sa mère (à elle) en la violant à deux pas de la défunte ; que son oncle S... l'avait mise enceinte le premier dimanche de janvier 1891, et que c'était son oncle qui l'avait engagée à incendier le battoir à blé de D... en 1887, pour le punir de ce qu'il avait l'eau à son moulin plus souvent que lui.

Elle prétendait avoir incendié la maison de son père (à elle), sur les ordres de son oncle S..., pour faire croire que c'était D... ; qu'elle avait d'abord résisté aux ordres de son oncle S..., mais que celui-ci l'avait battue et menacée une seconde fois et qu'alors elle lui avait obéi.

Enfin, elle avoua avoir incendié la maison de son oncle S..., mais que ce jour-là, elle n'avait pas conscience de ce qu'elle faisait.

Confrontée avec son oncle S..., elle soutint énergiquement son accusation. L'oncle fut arrêté.

C... M... R... accoucha le 22 septembre 1891.

Elle déclara aussi que son oncle lui avait conseillé de tuer l'enfant dont elle était enceinte.

L'oncle S... nia tout rapport sexuel avec C... M... R..., toute complicité d'incendie, tout mauvais conseil ; il maintint son innocence avec énergie,

Il put établir un alibi pour le premier dimanche de janvier, où elle prétendait qu'il avait abusé d'elle.

L'enquête démontra, en effet, que S... avait été absent du 31 décembre 1890 au 30 janvier 1891.

Comme elle avait dit au juge d'instruction qu'elle n'avait pas conscience de ce qu'elle faisait le jour où elle incendia la maison de son oncle S..., je fus chargé d'examiner sa mentalité.

Mise en observation à l'asile de Bassens, elle a eu des mouvements spasmodiques, analogues à une crise épileptique, après lesquels elle se plaignit de céphalalgie et de poids sur la poitrine.

Le lendemain de cet accident, on l'observa ; on soupçonna la simulation ; et à force de la questionner, elle finit par avouer sa supercherie.

Ce mensonge fit douter de sa véracité. Elle reconnut enfin qu'elle avait menti en accusant son oncle d'être son complice pour son immoralité et ses crimes.

Les renseignements recueillis établirent qu'elle appartient à

une famille de dégénérés. Son père est alcoolique. Elle a une sœur et un frère idiots. Son jugement est suffisant; elle sait lire et écrire; elle discerne le mal du bien; mais elle est dépourvue de sens moral. Aucun sentiment altruiste, aucune pitié, aucun regret, aucune honte. Elle avoue ses crimes, le sourire aux lèvres, avec un petit air de satisfaction niaise.

Dissimulée, menteuse et rusée, elle donne à ses crimes des raisons, peut-être pas vraies, mais qui sont souvent futiles. Ainsi son premier incendie chez D..., en 1887, a été allumé parce que les sœurs de D... avaient bavardé sur son compte à elle.

Elle a mis le feu chez son père et son oncle, sans trop savoir pourquoi. Et quand on lui fait observer qu'elle pouvait faire périr son père et faire condamner son oncle S... aux galères, en l'accusant d'être son complice, elle réplique d'un air niais et souriant: « Et oui, c'est bien vrai. »

Elle a des stigmates de dégénérescence physique, tête petite, front bas et déprimé.

En me basant sur ces caractères et sur la tare psychique de sa famille, j'ai déclaré qu'elle est dégénérée dans sa mentalité, dépourvue de sens moral, insuffisante en sentiment altruiste pour vivre en société, par conséquent, irresponsable.

Le juge d'instruction a admis mon opinion. Il a rendu une ordonnance de non-lieu et a demandé son internement à l'asile de Bassens, où elle a été séquestrée le 13 janvier 1892.

Obs. XXXI. — C... (Jeanne), de la commune de C..., quarante-cinq ans, sourde-muette, sachant lire et écrire, internée à l'asile de Bassens le 27 juillet, pour les faits suivants :

Plusieurs incendies avaient eu lieu à C..., en 1886 et en 1891; notamment le jeudi 8 avril 1886, à onze heures du soir, la maison, commune à R... et à C... (Jeanne), avait été détruite; le dimanche, 4 janvier 1891, à neuf heures du soir, la grange de V... avait été incendiée; le jeudi, 5 février suivant, à dix heures du soir, commencement d'incendie chez J... P...; le jeudi, quatorze jours plus tard, à neuf heures du soir, incendie de quatre bâtiments de ferme; enfin, le vendredi 27 du même mois, à huit heures du soir, commencement d'incendie dans un tas de fascines appliquées contre la maison de J... P..., dans la cour commune à la maison de C... (Jeanne).

On trouva le papier qui avait servi à allumer ce dernier incendie, il provenait manifestement de chez C... (Jeanne). Elle-

et toute sa famille furent arrêtées, sa mère, sa tante, et son frère sourd-muet comme elle.

Je fus chargé d'examiner sa mentalité.

La mère de C... (Jeanne), fille et femme d'aliénés, âgée de soixante et onze ans, avait le délire des quercelles.

La fille C... (Jeanne) était d'un examen très difficile à cause de sa surdi-mutité. Quand ma question l'embarrassait, elle répondait qu'elle ne comprenait pas. J'avais, pour m'assister, un professeur de l'Institut national des sourds-muets, qui m'affirmait qu'on n'est jamais absolument sûr d'être compris par un sourd-muet, ni de le comprendre toujours parfaitement, surtout quand il s'agit d'idées abstraites.

Les quatre accusés niaient énergiquement leur culpabilité bien que des charges très sérieuses pesaient sur eux.

La mère; en raison de son délire, devait être déclarée irresponsable. La fille, dépourvue de sens moral, fille de père et mère aliénés, me parut subir les idées délirantes de sa mère; je fus d'avis de la considérer aussi comme irresponsable. C'est une dégénérée héréditaire.

Le juge d'instruction adopta ma manière de voir. La mère et la fille furent internées à l'asile le 27 juillet 1891, les deux autres furent relâchés.

A leur entrée à l'asile je séparai la mère et la fille.

J'appris que C... (Jeanne), à l'âge de trente-sept ans, s'était livrée à un certain L..., dans un champ, en présence de deux bergères. Celles-ci racontèrent à tout le village, l'immoralité de C... (Jeanne).

La mère de cette dernière accusa L... d'avoir abusé de sa fille. L..., pour sa défense, fit paraître R... qui affirma que C... (Jeanne) s'était aussi offerte à lui. De là inimitié entre C... (Jeanne) et R..., son voisin par contiguïté d'habitation.

C... (Jeanne) m'avoua être l'auteur du premier incendie en 1886, qui avait détruit sa maison à elle et celle de R..., pour se venger de celui-ci qui avait déposé contre elle en justice.

Elle avoua aussi avoir allumé les autres incendies pour se venger de ce qu'on l'insultait; on lui faisait un signe qui, dans la mimique des sourds-muets, signifie « fille publique ».

Dans les explications elle faisait intervenir les mêmes quercelles racontées par sa mère. Elle prétendait avoir été conseillée à mettre le feu par des inconnus. N'étaient-ce pas plutôt sa mère et son frère?

Je n'ai pas pu m'assurer si elle avait eu des hallucinations érotiques. Penser, supposer et croire ayant pour elle la même signification.

En somme, c'est une incendiaire par absence de sens moral ; ses vengeances n'ont que des motifs futiles. Elle s'offre à R..., puis se donne à L.... Elle brûle sa propre maison à elle, pour se venger de R... qui a raconté qu'elle s'était offerte à lui. Quelqu'un écrit sur un morceau de papier qu'elle est une fille sans pudeur, aussitôt elle incendie la maison de la personne qu'elle soupçonne avoir écrit l'injure. Un autre lui fait un signe de mépris, elle allume un brasier chez lui pour détruire son habitation.

Chez elle le jugement est suffisant, mais le sentiment altruiste fait défaut.

Obs. XXXII. — N...-M... L..., domestique de ferme, âgée de trente-trois ans, originaire de la même commune que C... (Jeanne), était depuis dix-huit mois en service près de Grenoble.

Elle commença, en novembre 1893, à s'apercevoir que les autres domestiques se moquaient d'elle ; que le fermier et la fermière encourageaient un garçon à la poursuivre de ses assiduités, tout en ayant l'air devant elle de la protéger contre lui.

Elle redoutait d'être obligée de retourner chez son père, et pour ce motif ne voulait pas quitter sa place.

Comme elle croyait que tout le monde s'entendait pour la faire partir, elle résolut de se venger.

Personne ne la conseilla. Elle ne fit point abus de boisson fermentée ; elle n'éprouva aucun malaise, aucune hallucination.

Le 27 décembre 1893, elle alla se coucher à huit heures du soir comme d'habitude. A minuit, elle s'habilla, mit le feu à la ferme et s'enfuit.

Tel est son récit.

Le fermier déclara lui avoir reproché son inconduite et l'avoir avertie que si elle continuait, il la renverrait chez son père.

Le soupçon se porta aussitôt sur elle. Elle fut arrêtée, un mois après son crime.

Elle avoua avoir incendié pour se venger de ceux qui lui faisaient des ennuis pour l'obliger à retourner chez elle.

Aujourd'hui, son aveu est encore le même ; et il est difficile de savoir ce qui se passait à la ferme.

Examinée au point de vue mental par le D^r Girard, de Gre-

noble, ce dernier certifie qu'elle est douée de facultés intellectuelles peu développées; que la disproportion entre l'acte de vengeance et le motif invoqué par elle, pouvait faire admettre le début d'un délire de persécution; qu'il la considérait comme irresponsable.

Elle bénéficia d'une ordonnance de non-lieu, fut internée à l'asile de Saint-Robert, et de là transférée à Bassens.

Six mois après ces faits, je n'ai pas trouvé chez elle de délire de persécution à proprement parler; car qu'y avait-il de vrai dans la déposition du fermier et dans le récit de la fille N...-M... L...?

En tout cas, ici, elle n'a pas eu d'hallucination, ni de délire.

Elle est manifestement insuffisante en jugement. Très susceptible, elle supporte mal la moindre observation à son travail.

Je lui demandais pourquoi elle n'a pas quitté sa place puisqu'on la tourmentait; il aurait bien mieux valu s'en aller que de mettre le feu. Elle a répondu qu'elle ne voulait pas s'en aller avant la fin de son année. Pourquoi? — C'est comme ça. On voulait me forcer à retourner chez mon père, et je ne voulais pas. — Vous étiez mal avec votre père? — Non, mais j'aime mieux rester ici toute ma vie que de retourner chez mon père. Jamais je ne retournerai chez lui. C'est comme cela.

Impossible d'obtenir des explications plus claires.

Ses sentiments altruistes ne sont pas nuls. Après son arrestation pendant sa détention, elle fit écrire au fermier une lettre lui exprimant ses regrets de l'avoir incendié.

Elle est illettrée, bien qu'elle ait été à l'école. Elle a dû suivre pendant plusieurs années le cours de catéchisme pour pouvoir faire sa première communion.

Elle a une hypertrophie du corps thyroïde, le front bas et déprimé et la tête petite.

La famille de son père est atteinte de dégénérescence mentale. Son père est un faible d'esprit, ainsi que son oncle paternel. Sa tante paternelle et son grand-oncle paternel passent pour être toqués.

Je suis de l'avis du D^r Girard qui a certifié l'insuffisance de son jugement et son irresponsabilité.

PYROMANES PAR INTOXICATION ALCOOLIQUE
MOMENTANÉE

OBS. XXXIII. — U... (Adeline), de la commune de B..., vingt-huit ans, internée à l'asile de Bassens, le 25 juillet 1886.

Le lundi, 27 juin 1881, et le mercredi 23 avril 1884, deux commencements d'incendie se déclarèrent dans la grange de la mère d'U... (Adeline).

Le mardi, 17 février 1885, nouvel incendie chez la mère d'U... (Adeline), cinq corps de bâtiment furent détruits.

Chaque fois, U... (Adeline) était sur le lieu du sinistre, aidant à éteindre le feu.

Ses habitudes d'ivresse la firent soupçonner et arrêter; mais faute de preuve suffisante, elle fut relâchée, après un mois de détention préventive.

Le dimanche, 28 mars 1886, vers cinq heures du soir, le feu se déclara dans le grenier de la mère d'U... (Adeline), trois maisons furent consumées.

Comme dans les sinistres précédents, U... (Adeline) portait secours et niait énergiquement sa culpabilité, alléguant n'avoir aucun motif de vengeance ni contre sa mère, ni contre personne autre.

Elle fut mise en observation à l'asile de Bassens.

Mon prédécesseur, le D^r Boudrie, constata que U... (Adeline) était hystérique et une dégénérée héréditaire, appartenant à une famille d'imbéciles.

Elle finit par lui avouer ses excès de boissons fermentées et les impulsions pyromaniaques qui en étaient la conséquence, après avoir longtemps nié les uns et les autres.

Elle expliqua que l'alcool la poussait à mettre le feu sans motif de vengeance, et lui enlevait la force de résister à cette obsession. Ensuite, voyant l'incendie, elle regrettait son crime.

Le D^r Boudrie donna au juge d'instruction un avis d'irresponsabilité, la considérant, eu égard à sa dégénérescence héréditaire, comme incapable, impuissante à résister à la tentation de boire, et à l'impulsion incendiaire provoquée par l'alcool.

Le juge d'instruction rendit une ordonnance de non-lieu, demanda sa séquestration à l'asile.

Depuis son internement, les manifestations hystériques ont disparu avec l'intoxication alcoolique.

OBS. XXXIV. — Recueillie à l'asile de Dijon, pendant que je le dirigeais.

G... (Charles) est un enfant naturel de père et mère inconnus.

En 1872, à l'âge de seize ans, il était berger.

Le lendemain de la Toussaint, il alluma dans la commune de V..., dans la même nuit, deux incendies à une heure d'intervalle, pour se venger d'un propriétaire qui lui avait fait dresser une contravention par le garde champêtre. Après avoir allumé le premier incendie, il alla se coucher : on vint l'appeler pour porter secours. Il y alla et pendant qu'il coopérait à la chaîne des paniers vides, il s'esquiva et alla mettre le feu à un autre bâtiment appartenant au même propriétaire.

Soupçonné et interrogé, il nia d'abord et laissa accuser une autre personne. Puis, lorsqu'il fut dénoncé par ceux qui l'avaient vu quitter la chaîne, pour se diriger vers l'autre maison qui devait devenir la proie des flammes, il avoua.

Comme il était enfant assisté, l'administration intervint, il fut relâché.

L'année suivante, en 1873, il mit le feu à une meule de paille. Ce crime ne fut pas découvert, il l'avoua plus tard.

De 1874 à 1877, il fut enfermé à Bicêtre comme épileptique.

Son épilepsie était probablement la conséquence de ses excès alcooliques, à moins qu'elle ne fût simulée, comme la suite de l'observation peut le faire supposer.

En 1877, il alluma plusieurs incendies, toujours après des abus de boissons fermentées, et toujours sans motif ou pour des raisons futiles.

Ainsi il mit le feu à une meule de paille, parce qu'on ne lui avait pas payé tout ce qu'on lui devait, d'après lui.

Il incendia la maison de son patron, et dix-sept habitations furent consumées. Interrogé, il nia. Il avait été le premier à donner l'alarme et à aider au sauvetage.

Deux autres incendies furent son fait sans qu'il puisse se rappeler les motifs de ses crimes.

Une autre fois, il mit le feu à la maison de son patron, parce que celui-ci avait reçu chez lui le curé de la commune. Le crime commis, il alla se coucher. On vint l'appeler pour porter secours, il fit l'étonné et s'écria : « Comment ! encore un incendie ! » Il ne consentit à aider au sauvetage qu'à la condition qu'on lui donnerait à boire. Son patron le congédia pour

son manque de complaisance. Huit jours après, G... (Charles), après de copieuses libations, mit le feu chez ce patron.

Arrêté, il commença par nier et accuser autrui. Enfin, devant des preuves accablantes, il avoua.

Deux médecins-experts furent d'avis qu'il était irresponsable.

Le juge d'instruction rendit une ordonnance de non-lieu, et demanda sa séquestration à l'asile de Dijon.

En arrivant à l'asile, G... (Charles) simula l'épilepsie; il l'avoua plus tard. Le directeur-médecin fut dupe de sa supercherie.

Au bout d'une année, G... (Charles) cessa de simuler ses attaques, et le directeur-médecin le libéra comme guéri en 1878. Il reprit son métier de berger.

En 1887, il fut de nouveau inculpé d'incendies volontaires. Comme autrefois, on l'avait vu ivre, parfois aidant au sauvetage des sinistrés pour avoir à boire; mais il niait énergiquement ses crimes et accusait autrui.

Ayant été interné à l'asile de Dijon dix ans auparavant, le juge d'instruction me chargea d'examiner sa mentalité. Je constatai qu'il n'était ni aliéné, ni épileptique, ni imbécile.

G... (Charles) ne m'avoua point sa culpabilité; mais sa défense ressemblait plus à celle du coupable qu'à celle de l'innocent. En effet, il affirmait connaître l'auteur des incendies, mais ne vouloir le dévoiler que devant le Jury. Aux assises, il ne dénonça personne et fut condamné à six ans de réclusion.

Comme médecin-expert, je n'avais à donner mon avis que sur son état mental, non sur sa culpabilité probable. Je ne pouvais pas affirmer sa pyromanie, puisqu'il n'avouait pas avoir mis le feu.

Il n'avouait pas, parce qu'il comprenait que son aveu d'incendie le ferait séquestrer à l'asile pour le reste de ses jours si je le déclarai irresponsable, comme cela avait eu lieu en 1877; ou au maximum de la peine, si je n'attestais pas son irresponsabilité. Tandis qu'en niant ses crimes, il courait la chance d'un acquittement ou tout au moins du minimum de la peine. Il avouait les crimes anciens parce qu'il y avait prescription.

Mais si j'avais obtenu son aveu pour ses incendies récents comme il racontait ses crimes d'autrefois hors d'atteintes par la prescription décennale, l'aurais-je considéré comme un pyromane à répétition pour motifs futiles par l'effet de l'intoxi-

eation alcoolique momentanée? L'aurais-je déclaré irresponsable comme il l'avait été en 1877 par deux médecins?

G... (Charles) avait des signes de dégénérescence physique, il avait de l'asymétrie faciale. Avait-il une tare psychique héréditaire? L'infirmité mentale était manifeste, mais l'hérédité? impossible à constater, puisqu'il ne connaissait ni père, ni mère.

Cette infirmité mentale était de devenir pyromane par l'action passagère de l'alcool. Intoxiqué, son jugement, son sens moral, sa volonté s'affaiblissaient. Un motif futile lui paraissait alors une cause suffisante de vengeance; l'obsession à incendier dominait dans sa pensée; et, impuissant à résister, il commettait son crime.

L'action accomplie et l'intoxication dissipée, le lendemain, il a conscience de l'immoralité de son crime; il nie sa culpabilité et accuse autrui.

Il est établi maintenant que l'impulsion pyromaniaque, née par l'intoxication alcoolique momentanée, ne prend naissance que dans les mentalités tarées, dégénérées par hérédité.

Pour refuser la démence légale à cet incendiaire, on peut objecter que ceux dont la mentalité est exposée à se pervertir par l'usage des boissons fermentées, instruits par l'expérience, doivent s'abstenir de l'alcool.

A cela, on peut répondre que la mentalité dégénérée, précisément parce qu'elle est dégénérée, est impuissante à résister à l'attrait de la boisson fermentée. Cet attrait est par lui-même une manifestation de la tare psychique. Il y a un déterminisme de l'alcoolisme.

Dans une famille de dégénérés psychiques, ce n'est pas le descendant qui est responsable de son insuffisance mentale, c'est l'ascendant, l'ancêtre, qui a commencé à se dégénérer, et qui a donné le jour à des infirmes en volonté, en jugement, en sens moral.

J'estime que la démence légale de G... (Charles) pouvait être soutenue.

Dans ces cas de responsabilité discutable, le médecin-expert est pour ainsi dire seul juge. Car bien que le magistrat-instructeur ait la liberté de ne pas tenir compte de son avis, l'accusation perd sa force si elle a contre elle le rapport du médecin aliéniste.

Comme terme de comparaison avec les deux observa-

tions précédentes, voici un cas d'une mentalité devenue incendiaire par l'intoxication alcoolique, à laquelle j'ai refusé le bénéfice de l'article 64.

OBS. XXXV. — B... L..., de la commune d'A..., âgé de trente-huit ans, était inculpé d'incendie volontaire, au préjudice de M..., le mercredi 14 mai 1890, et de G..., le dimanche 1^{er} juin 1891, à 9 heures et demie du soir.

B... L... niait énergiquement être l'auteur de ces deux sinistres malgré des preuves assez évidentes.

Le juge d'instruction me chargea d'examiner sa mentalité parce que l'inculpé avait la réputation de s'adonner à la boisson.

Je ne trouvai aucune dégénérescence mentale dans sa famille, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en eut point, étant donnée la difficulté de pareilles recherches. Il n'était ni épileptique, ni aliéné, mais un peu simple d'esprit.

B... L... ne m'avoua pas sa culpabilité; il reconnut son état d'ivresse le dimanche 1^{er} juin, jour de l'incendie, et des mésintelligences et des contestations d'intérêt avec ceux dont les maisons avaient été détruites.

Je déclarai sa responsabilité complète.

Quand on lui notifia le jugement qui le renvoyait devant la Cour d'assises, il se précipita, tête la première, d'une galerie élevée, sur le pavé de la cour de la prison et se tua sur le coup.

Après trois mois de détention préventive, les effets de l'alcool avaient disparu; B... L... avait préféré la mort au déshonneur.

Pourquoi avais-je refusé à B... L... la démence légale?

N'ayant pas trouvé dans sa famille l'existence d'une tare psychique héréditaire, je n'avais pas de motif pour admettre qu'il fût impuissant par nature à résister à l'attrait des boissons fermentées. Son infirmité mentale était-elle le résultat de sa volonté, ou celui de l'hérédité?

Rien ne me déterminait en faveur de la seconde explication.

En faveur de la première, il y avait que ses excès de boissons remontaient à deux ou trois ans, à la mort de sa femme et aux ennuis qui en étaient résultés pour lui. Puis les incendies dont il était accusé avaient détruit des immeubles appartenant à des personnes avec lesquelles il était en procès. S'il en était l'auteur, le crime n'avait point des motifs futiles de vengeance.

Je n'avais donc aucune raison pour voir en lui une victime

de la tare psychique héréditaire, un produit fatal de la dégénérescence familiale.

L'alcool avait perverti, il est vrai, sa mentalité jusqu'à la criminalité; mais rien ne prouvait son impuissance congénitale à résister à l'abus des boissons fermentées. Il s'était intoxiqué non par fatalité, mais par dérivatif à ses ennuis.

Reprenons cette seconde classe d'incendiaires à responsabilité discutable qui comprend des enfants et des adultes dont la mentalité est congénitalement et héréditairement insuffisante.

Dans un premier groupe (observations XXVI et XXVII), ce sont des enfants impuissants à la fois en jugement, en sentiment et en volonté.

L'observation XXVIII appartient à un second groupe d'enfants à mentalité insuffisante en sentiments altruistes, en sens moral.

Le troisième groupe renferme les adultes du groupe précédent, les insuffisants en sens moral (observations XXX et XXXI) et les insuffisants en jugement (observation XXXII).

Dans le quatrième groupe (observations XXXIII et XXXIV), les adultes à mentalité instable par hérédité, dont l'insuffisance se manifeste par l'intoxication alcoolique passagère.

Tous ces infirmes psychiques appartiennent à des familles où la dégénérescence mentale se transmet par hérédité et où il existe des signes de dégénérescence corporelle.

Ces caractères peuvent-ils servir de base à la démence légale ?

Oni, à mon avis.

On m'objectera : n'est-il pas à craindre que les incendiaires par pure vengeance et ceux qui s'incendient volontairement pour toucher la prime d'assurance, ne se prétendent des infirmes d'esprit, pour bénéficier

de l'article 64? Tous les criminels ne seront-ils pas tentés, sinon eux, du moins leurs défenseurs, de soutenir leur insuffisance en jugement, ou en sens moral, ou en volonté?

Cela n'est pas bien sûr. D'abord, en justice, il ne suffit pas d'affirmer, il faut prouver. Puis, si le juge d'instruction admettait la démence légale, la conséquence serait l'internement à vie dans un asile d'aliénés.

Quand le médecin-expert fait son rapport, il a les antécédents personnels de l'inculpé, les commémoratifs, les dépositions des témoins, les enquêtes sur la famille, pour lui permettre de faire le diagnostic entre l'imbécillité simulée et la vraie insuffisance mentale.

La question de la démence légale se résume à celle-ci : est-il juste d'exiger de quelqu'un quelque chose qu'il est incapable de faire? Pourrait-on punir une personne de ne pas être poète, ou peintre, ou musicien? Est-elle responsable de son absence d'imagination, de son daltonisme ou de son oreille fausse? Peut-on espérer lui corriger l'ouïe ou la vue par la prison?

Pour vivre en société sans transgresser le Code pénal, il faut une certaine dose de ces trois choses : jugement, sens moral, volonté; comme, pour qu'un chien soit apte à la chasse à plumes, il faut qu'il ait du nez.

La personne privée de l'une de ces trois facultés mentales n'est pas responsable de son imperfection native.

Si donc j'établis manifestement son insuffisance par les faits de sa conduite antérieure au délit qu'elle a commis, par les motifs de son acte, par les faits et les témoignages qui s'y rapportent; si je découvre une tare psychique préexistante chez un de ses procréateurs, n'ai-je pas fourni une base scientifique à la démence légale?

Notre répugnance à innocenter, à considérer comme

irresponsables les débiles en esprit, provient de nos conceptions spiritualistes sur la nature humaine. Nous voyons les mentalités non tarées, non dégénérées, se redresser par le châtement; nous concluons que toutes sont ainsi, sans réfléchir pourtant que les dégénérés héréditaires sont dépourvus de ce que possèdent les gens sains d'esprit, le pouvoir de *self-correction*, précisément parce qu'ils sont dégénérés. (Voir la *Psychologie de l'imbécile*, par le D^r Solier.)

L'observation des faits démontre que le récidiviste était prédestiné à la rechute dans le délit par la nature même du système nerveux familial auquel il appartient. Le châtement, dès lors, est impuissant à combler sa lacune psychique, comme la prison à guérir un daltoniste.

Si l'infirmité mentale du délinquant-né était considérée comme une démence légale, il n'y aurait plus de récidiviste. Dès la première rechute, peut-être même dès la première faute, on le trouverait incorrigible ou incurable; il serait séquestré pour le reste de ses jours dans un asile particulier.

La société serait mieux protégée.

En étudiant les incendiaires, j'ai rencontré deux catégories : la première à irresponsabilité indiscutable. Prédisposée par hérédité, la mentalité, suffisante et saine en apparence, s'altère et se pervertit à un moment donné en délire des conceptions, des sentiments, des actes. La seconde à responsabilité discutable est caractérisée par une mentalité prédisposée aussi par hérédité, mais dès la naissance insuffisante en jugement ou en sentiments, ou en volonté, pour pouvoir vivre de la vie commune sans transgresser le Code pénal. Saine en apparence, elle ne s'est pas altérée, elle a toujours été incomplète.

Les premiers sont des malades; les seconds des dégénérés héréditaires.

Pourquoi les dégénérés héréditaires ne seraient-ils pas comme les aliénés des déments aux yeux de la loi?

Pour arriver à ce résultat, la tâche n'appartient pas aux juristes, mais aux médecins-experts. La défense de la société réside dans l'examen de la mentalité de tous les inculpés.

Établissements d'aliénés.

LE MOBILIER

ET

LES INSTRUMENTS DE TRAVAIL

DES ALIÉNÉS PAUVRES ET CURABLES¹

Par le D^r Th. TATY

Ancien chef de clinique des maladies mentales
de la Faculté de médecine de Lyon.

MESSIEURS,

Au Congrès d'assistance publique qui a eu lieu tout récemment à Lyon, M. le professeur Pierret a soulevé une question qui lui a semblé devoir être, de nouveau et à plus juste titre encore, traitée devant vous et qu'il a bien voulu me charger de soumettre à votre bienveillante attention.

Il existe dans tous les asiles publics une catégorie fort intéressante et malheureusement trop étendue de malades des deux sexes, recrutés parmi les petits ou-

(1) Communication faite au Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Clermont-Ferrand (séance du vendredi matin 10 août 1894). — Nous croyons devoir reproduire intégralement ce travail dont M. Giraud, dans la chronique du dernier numéro des *Annales*, a justement fait l'éloge; le sujet qui y est traité intéresse, en effet, tous les médecins et directeurs des asiles, ainsi que les personnes qui, à des titres divers, se préoccupent de l'assistance publique des aliénés. (N. d. L. R.)

vriers en chambre ou les gens isolés, sans famille, souvent sans amis, qui vivent dans un pauvre galetas et n'ont pour toute fortune qu'un mince mobilier, quelques outils, quelques instruments de travail, le tout d'une valeur minime, acquis bien souvent pourtant au prix de dures privations. Lorsque, frappé par la maladie, le malheureux possesseur de ces humbles débris entre à l'asile, il se trouve rapidement et fatalement dépouillé de ces ressources qui lui seraient cependant d'un si grand secours après sa guérison et lors de sa rentrée dans la société, par le procédé que voici.

Le propriétaire de la maison en général, ou plus exactement, dans notre région du moins, le régisseur d'immeubles, agent forcément expéditif, rouage par métier peu accessible à l'émotion, n'a qu'un désir et qu'une hâte : voir disparaître tous ces impedimenta qui l'encombrent et l'empêchent d'utiliser le logement vacant, par suite de l'internement d'un locataire qui ne paie plus et ne paiera peut-être plus jamais. Il hésite toutefois devant les frais d'un jugement qui l'autoriserait à vendre, et il intervient d'abord auprès de la tutelle des aliénés pour qu'on en termine à l'amiable.

La tutelle, il faut lui rendre toute justice en cette occurrence, emploie pour obvier au dépouillement de ses pupilles, tous les moyens dont elle peut disposer. Elle fait démarches sur démarches, courses sur courses, propositions sur propositions ; elle demande d'abord au chef de service si l'aliéné est ou non curable ; puis, dans l'affirmative, elle met en charge les meubles en question chez des parents, qui s'y refusent trop souvent, chez des patrons, des amis, où elle peut. Mais, d'autres fois, elle est repoussée. Elle a bien obtenu du propriétaire, sous la condition de vider les locaux au plus vite, l'abandon de sa créance locative et sa renonciation à l'exercice de son droit de gage ; mais, voilà qu'ayant sauvé ce mobi-

lier, elle ne sait plus qu'en faire et ne peut dès lors recourir qu'à une vente volontaire aux meilleures conditions possibles. Les fourrières ? Il n'y faut point songer. La plupart, celles de Lyon notamment, exigent un prix trop élevé : 50 centimes de droit fixe par jour. La mise en charge à prix d'argent chez des particuliers ? Cela coûterait presque aussi cher, et, à ce compte, toutes les ressources seraient vite épuisées. Vendre, il n'y a pas d'autre solution.

La vente a donc lieu, généralement à l'amiable par commissaire-priseur, sur place ou à l'hôtel des ventes si les choses valent le transport. C'est toujours une vente dérisoire dont ces associations connues sous le nom de *bandes noires* tirent le plus clair des profits. Les frais montent à 20, à 25 francs. Le reliquat, toujours insignifiant, est versé, comme le veut l'art. 31 de la loi du 30 juin 1838, dans la caisse du receveur de l'établissement et tout est dit.

Je m'arrête intentionnellement à ces faits. Je ne veux point toucher encore à la question de la vente et de la location des biens immobiliers, ni me demander jusqu'à quel point le département créancier de l'aliéné peut intervenir pour retenir ces reliquats en utilisant le petit paragraphe suivant de l'art. 31 déjà cité :

« Les sommes provenant soit de la vente, soit des autres recouvrements... seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement. »

Je ne veux point non plus envisager le cas où le propriétaire poursuivrait la vente judiciairement, cas assez rare, il faut le dire. La tutelle est alors impuissante ; elle ne peut même pas, faute de place, faire bénéficier le malade des réserves charitables des art. 592 et 593 du Code de procédure civile, restrictifs des saisies-exécutions. Le procureur de la République, protecteur légal des aliénés, est dans la même situation, et il le

regrette souvent (1). Mais, pour résister, il lui faudrait un texte de loi qui n'existe pas. D'ailleurs, en fût-il armé qu'il se heurterait à la même difficulté que le tuteur : que faire du mobilier protégé ? Et il en serait de cette loi comme d'autres mesures légales bien connues en matière de défense contre les maladies infectieuses, mesures excellentes à la condition de les renforcer d'un système corrélatif de désinfection pratique, obligatoire et... gratuit.

Je limite donc mon sujet aux ventes mobilières et je constate que, dans l'état actuel des choses, les plus pauvres de nos malades sont comme toujours les plus lésés. S'ils sont incurables, il n'y a rien à dire. Mais s'ils guérissent ? Les voilà donc privés de ces ressources qui leur seraient d'un si grand secours pour recommencer la lutte pour l'existence, ressources que ne remplacera jamais le reliquat en argent, produit de la vente, quand il existera et quand ils le toucheront.

Dans ces conditions, n'y a-t-il pas quelque chose à tenter ? Ne peut-on chercher à conserver aux malades curables les parties les plus importantes de leur mobilier pour les leur restituer intactes à leur sortie.

La solution se présente immédiatement à l'esprit sous deux formes pratiques.

La première, la plus simple, la meilleure si elle pouvait s'appliquer partout, consisterait à faire appel aux sociétés de patronage ou de secours aux aliénés dans les villes où elles existent et à leur signaler le bien à faire dans cette voie. Ces sociétés, investies de pouvoirs régu-

(1) Nous avons soumis la difficulté à des magistrats qui ont eu à s'occuper de la question au point de vue pratique et qui nous ont exprimé le regret de ne pouvoir intervenir. Du reste, une loi protectrice spéciale ne serait pas nécessaire, attendu, comme nous le dirons plus loin, que des mesures administratives bien simples atteindraient aussi bien le but.

liers, disposant de ressources pécuniaires, pourraient organiser des sortes de fourrières gratuites où elles recevraient en dépôt les mobiliers des malades et le leur rendraient sans frais aucuns à leur guérison ; et il serait facile, pour les indemniser un peu de leurs dépenses, de leur accorder le bénéfice des successions vacantes ou abandonnées.

La deuxième solution serait d'obtenir des autorités compétentes l'affectation au même but d'un local quelconque, grenier ou hangar, appartenant aux asiles. Je dis : appartenant aux asiles, car là seulement on pourrait faire les choses simplement et sans frais, grâce aux bras et aux moyens de transport dont on y dispose généralement.

Cependant on se heurte ici à des difficultés d'un ordre particulier qu'il faut au moins mentionner. Si l'on excepte d'une vente mobilière tous les objets ayant une valeur appréciable, il s'ensuit nécessairement que la vente du reste devient inutile et même onéreuse, car les frais en dépasseraient le produit. On se trouve donc forcément conduit à tout garder sans distinction, à moins de traiter à l'amiable avec quelque industriel qui débarrasserait à vil prix de tous les débris, loques et hardes sans valeur.

De plus ces mobiliers, par suite de la maladie de leurs propriétaires, sont toujours dans un état de malpropreté révoltante, et, lorsque nous avons parlé de nos désirs, nous avons pu surprendre, chez nos interlocuteurs, des grimaces significatives à la pensée d'introduire dans l'asile des régiments de ces ennemis intimes dont on n'y a nul besoin.

Je ne m'attarde pas à ces difficultés. Le volume des mobiliers en question, même complets, n'est jamais considérable, voilà pour la première ; pour la deuxième, quelques kilos de poudre de pyrèthre et surtout la mise

en marche d'une étuve à désinfection repousseraient victorieusement à la fois et l'objection et les ennemis. L'étuve à désinfection, tout élevé qu'en soit le prix, devrait à l'heure actuelle fonctionner dans chaque asile, elle y rendrait bien des services, et l'introduction de nos mobiliers n'eût-elle pour effet que d'obliger à cette acquisition que ce serait déjà cela de gagné.

La résultat pratique immédiat de la création de ces dépôts serait de dispenser le médecin de l'obligation d'émettre un avis précipité sur le degré de curabilité des aliénés et ensuite de faire bénéficier, même dans le cas de poursuites du propriétaire, le malade des art. 592 et 593 et de lui conserver au moins ce lit que la loi réserve au plus misérable.

Mais en outre, messieurs, il ne peut y avoir de doute sur le caractère utile et généreux de l'œuvre dont nous parlons. Peut-être me dira-t-on que les cas sont rares où notre action sera vraiment utile. Cela est vrai et ce nous est une raison de plus d'insister, puisqu'il nous faudra moins de place et moins de dépenses et, du reste, il vaut mieux rendre service à une seule personne par an que ne rien faire du tout. Voici cependant quelques chiffres : dans une période de deux ans, à l'Asile de Bron, trente ventes mobilières ont été demandées presque toutes à la requête des propriétaires ou régisseurs. La tutelle dignement représentée par M. le juge d'instruction Chantreuil et son secrétaire spécial, M. Berthelier, grâce à des démarches multipliées, à des courses répétées et fatigantes, à un dévouement dont on ne saurait trop la remercier, a pu obtenir vingt fois la mise en charge du mobilier chez des particuliers ; mais dix fois la vente a dû se faire et, sur ces dix cas, quelques-uns sont des plus intéressants, notamment celui d'une femme sortie guérie, privée par la vente d'une machine à coudre qu'elle n'avait même pas

fini de payer et grevée ainsi, dès ses premiers pas au dehors, d'une dette en pure perte.

Venir en aide à de pareilles misères, quand cela est si facile, n'est-ce pas répondre un peu dans notre sphère aux aspirations généreuses de l'époque actuelle? A la fin de ce qu'on a voulu nommer le crépuscule des peuples, à l'aurore, dirais-je plutôt, du siècle qui se lève, lorsque les théories scientifiques, mais décourageantes, des dégénérescences héréditaires fatales paraissent perdre de leur rigneur ou du moins reprendre leur rang au chapitre *Physiologie pathologique*, quand on entrevoit, vaguement encore, le moyen de sauver des chutes sans remède, sinon toujours, l'être isolé, mais tout au moins l'espèce, lorsque surtout, en regard de la thèse de l'irresponsabilité individuelle, se dresse le grave problème de la responsabilité sociale, ne faut-il pas utiliser tous les moyens de dégager cette responsabilité, si infimes qu'ils nous paraissent?

Pour ceux que toucheraient peu les considérations sentimentales ou philosophiques, pour ceux qui pensent que l'argent est la *capitalis* et même l'*ultima ratio* des choses, nous réservons un argument qui les convaincra peut-être.

Depuis plusieurs années et dans maintes circonstances, à la Société d'économie politique, au Congrès des médecins aliénistes de Lyon, dans la presse médicale, M. le professeur Pierret a constamment et énergiquement plaidé la cause de l'internement précoce des aliénés, mesure la meilleure pour obtenir des guérisons rapides et prévenir les séjours interminables, dans les asiles, d'aliénés dont l'incurabilité, suite trop fréquente d'un internement tardif, constitue une lourde charge pécuniaire pour les départements. Cette persévérance a porté ses fruits; M. Pierret a eu la satisfaction de voir les internements se faire plus faciles et plus ra-

pides et s'élever par suite son coefficient de curabilité.

Mais il ne suffit pas de guérir plus vite et mieux les malades; il faut encore, autant que possible, leur éviter les rechutes. Or, qui donc y est plus fatalement voué que l'aliéné qui rentre guéri, mais désarmé, dans la vie commune. La mesure que nous proposons, en lui réservant quelques armes défensives, est un des moyens de le protéger; le département qui l'appliquerait, n'évitât-il avec son aide qu'une seule rechute par an, regagnerait largement les quelques frais dépensés dans ce but, et ferait ainsi une de ces charités bien ordonnées qui commencent par soi-même.

Nous n'avons pas la prétention d'inventer quelque chose de nouveau. Depuis longtemps le système fonctionne dans le département de la Seine. M. le Dr Bourneville, dont il faut prononcer le nom toutes les fois qu'il s'agit d'assistance et de charité, et que nous prions de vouloir bien accepter ici nos vifs remerciements, a bien voulu s'intéresser à notre communication et nous donner les renseignements que voici sur la manière dont la Seine procède au sauvetage du mobilier de ses aliénés.

Tous les mobiliers des aliénés internés dans les asiles de la Seine sont déposés, lors de leur enlèvement, au *garde-meubles* de l'Asile clinique.

Voici comment on procède relativement à ces enlèvements :

Tout aliéné entrant dans les asiles de la Seine donne lieu aussitôt à une enquête. Si de cette enquête il résulte que le malade possède un mobilier qu'il y a lieu de sauvegarder, le service des aliénés demande au médecin traitant un certificat de situation *en vue de l'enlèvement de ce mobilier*. Si du certificat délivré il ressort que le malade est susceptible d'une prochaine guérison, le mobilier est conservé dans le logement, à moins toutefois

que le propriétaire ou le malade lui-même n'ait donné congé. Si, au contraire, le médecin déclare que la maladie sera longue ou qu'elle est incurable, il est procédé par les agents de l'administration à l'enlèvement. On évite ainsi aux intéressés le paiement de termes ultérieurs.

Les mobiliers enlevés dans ces conditions sont déposés au garde-meubles de l'Asile clinique. Pour le transport de ces mobiliers, l'administration a passé, par voie d'adjudication, un contrat avec un entrepreneur de déménagements.

Aucun mobilier n'est enlevé, sans que le commissaire de police, ou son représentant, n'assiste l'employé du service et n'ait donné au préalable un inventaire détaillé.

Au bout d'environ un an, si le malade n'est pas guéri, un nouveau certificat de situation *pour vente de mobilier* est alors demandé au médecin traitant. Le médecin est prié, dans cette demande, de faire connaître s'il considère le malade comme incurable ou s'il existe encore un espoir de guérison. Si le médecin déclare qu'il y a incurabilité ou que la guérison sera très longue, le service des aliénés fait procéder à la vente après toutefois avoir obtenu une ordonnance conforme du Président du Tribunal civil de la Seine. Cette vente a lieu à l'Asile clinique par les soins d'un commissaire-priseur. Si le certificat est *douteux* ou conclut à la guérison, il est sursis à la vente.

Le mobilier est rendu à son propriétaire lorsque celui-ci sort guéri et que le propriétaire a été désintéressé des termes qui lui restaient dus.

Peut-être ailleurs a-t-on pensé aussi à ce mode d'assistance. *Nous accueillerions avec une vive reconnaissance toutes les indications qu'on voudrait bien nous donner à ce sujet* pour nous permettre d'arriver au meilleur procédé pratique. Notre but, c'est de généra-

liser une excellente mesure et l'appliquer à tous les asiles. Faire accepter des pouvoirs publics le principe de la sauvegarde du mobilier des aliénés pauvres, en obtenir, si possible, des moyens d'exécution, tel est notre désir aujourd'hui, désir pour lequel nous vous demandons vos bienveillants conseils et l'appui de votre haute autorité. Tout humble que soit notre œuvre, ne nous opposez pas l'axiome : *de minimis non curat prætor*; en économie sociale pas plus qu'en mathématiques, les minima ne sont jamais des quantités négligeables.

A la suite de cette communication, le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes a émis le vœu que des mesures soient prises dans tous les asiles pour sauvegarder le mobilier et les instruments de travail des aliénés pauvres et curables et pour les restituer à ces malades après guérison.

Revue critique.

LA CURE DES BUVEURS

Par le D^r MARANDON DE MONTYEL

Médecin en chef des asiles publics de la Seine.

Le vote récent du conseil général de la Seine qui a décidé la création, sur un point du vaste domaine de Ville-Evrard, d'un asile spécial de cinq cents buveurs, et ouvert dans ce but un concours qui sera clos le 30 novembre, a mis ainsi à l'ordre du jour la question importante de la cure des alcooliques, complètement négligée chez nous jusqu'à cette heure, tandis que depuis longtemps déjà elle passionne les pays étrangers et en particulier l'Amérique, où les ivrognes sont hospitalisés dans plus de quarante établissements spéciaux. Il m'a semblé qu'il serait peut-être utile, dans ce moment où l'attention est vivement appelée de ce côté, d'examiner les divers problèmes relatifs à cette thérapeutique toute spéciale et les solutions qu'ils comportent, d'autant plus qu'ils sont à peu près ignorés de tous dans notre pays, même des aliénistes. N'avons-nous pas vu il y a quelques semaines, au Congrès de Clermont-Ferrand, les médecins les plus compétents et les plus distingués des asiles d'aliénés de France déclarer à M. Deschamps, conseiller municipal de Paris, qui les interrogeait sur les dispositions à donner au futur établissement projeté qu'ils étaient pour l'instant dans l'impossibilité de formuler un programme (1). Et pourtant la question de la

(1) Voir mes trois récents mémoires : *Asiles de Buveurs*, in *Gazette des hôpitaux*, n°s des 18 et 22 sept. — *L'asile projeté pour les alcooliques dans la Seine*, in *France médicale*, n°s des 5 et 12 oct. — *Des villas quartiers et de leur groupement en village ouvert d'aliénés*, in *Tribune médicale*, n°s des 27 sept. et 4 oct.

législation et de l'assistance des alcooliques était précisément la première inscrite au programme du Congrès. C'est que, je le répète, très rares sont les personnes qui chez nous attachent à la cure des buveurs, et surtout aux conditions nécessaires pour la réaliser, l'importance qu'elle mérite et qu'elle a trouvée à l'étranger. En ce qui me concerne, j'avoue en toute sincérité que, il y a quelques mois encore, je ne m'en étais jamais préoccupé et que j'aurais été parfaitement incapable d'émettre à cet égard la moindre appréciation. Seulement, depuis cinq mois, depuis que, sur les conseils du D^r Magnan, j'ai organisé dans mon service un quartier spécial d'alcooliques, je me suis occupé de ce point particulier et me suis enquis de ce qui a été entrepris ailleurs. Le rapport de M. Ladame, lui-même, si remarquable et si complet en ce qui concerne la législation et l'assistance de l'alcoolisme, est peu riche de données thérapeutiques. Dans ces conditions, l'henne me paraît propice à une étude impartiale de la cure des buveurs, telle qu'elle est pratiquée à l'étranger. En conséquence, je me propose, espérant être de quelque utilité, certain, dans tous les cas, d'être dans l'actualité, d'exposer dans ce mémoire ce qui a été entrepris et réalisé en Amérique; en Angleterre; en Suisse et en Allemagne, et en même temps les constatations que j'ai été à même de faire dans mon quartier spécial, bien que sa création ne date que de cinq mois. Je rechercherai, en premier lieu, si la passion de boire, l'ivrognerie, est réellement curable, point essentiel à établir, puisque si l'incurabilité de cette passion était démontrée, il ne resterait qu'à passer outre. En second lieu, j'examinerai, la curabilité étant reconnue possible, quelle est la méthode de traitement qui a fourni ce résultat inattendu de mettre en défaut le proverbe international: *Qui a bu, boira*.

I.

Non, il n'est pas vrai, le proverbe international, vieux de je ne sais combien de siècles, contemporain peut-être du père Noé, le premier poillard illustré par l'histoire: *Qui a bu, boira*, et cette fois c'est de l'Amérique qu'est venu le démenti, avec force preuves à l'appui. L'année

dernière, au Congrès de l'Exposition universelle de Chicago, le D^r Crothers, rapporteur de la question de la cure des buveurs, a pu affirmer, sans rencontrer d'opposition, la curabilité non seulement de l'ivrognerie, mais encore de la dipsomanie. Or, il est intéressant de relever qu'en Europe même, les affirmations du médecin américain sont confirmées et comptent des défenseurs convaincus de la plus haute valeur et d'une moralité incontestée. M. Forel affirme qu'à Eblikon il a pu étudier pas à pas la lente et sûre cure de l'alcoolisme chronique. Le caractère du patient, d'après lui, se change tout doucement, mais totalement; alors qu'au début il était incohérent, inconscient, surexcitable, abattu, il devient plus franc, plus ouvert, plus confiant, plus tranquille, plus conscient. Toute l'éducation perdue se reconstruit de nouveau. Il est intéressant au plus haut degré, ajoute-t-il, de suivre jour par jour ce lent procédé de guérison et de voir l'ancien fripon et menteur abattu redevenir honorable et distingué. Relativement à la dipsomanie, le médecin suisse n'est pas moins affirmatif. On prétend, dit-il, de nombreux côtés, que le dipsomane est incurable; cela n'est pas vrai, car l'expérience des établissements de cure des buveurs bien dirigés prouve la guérison de la dipsomanie; elle prouve même que le dipsomane est plus facile à guérir que le buveur constitutionnellement défectueux dès la naissance et dépourvu de caractère. Egalement, M. Hirsch, pasteur, non médecin et directeur de la maison de Lüntorf en Allemagne, par conséquent, d'une nationalité et d'une profession autres que M. Forel, partage, lui aussi, les mêmes idées. M. Hirsch confesse qu'au début il était fermement convaincu que l'ivrognerie était un vice, mais qu'il a dû se rendre à l'évidence des faits et reconnaître en elle une épouvantable maladie, curable par les moyens physiques. La parole de cet homme d'église, qu'on ne saurait suspecter d'aucune tendance d'esprit, susceptible de lui faire prendre ses désirs thérapeutiques pour la réalité, a, à mon avis, une très grande valeur. Eh bien! M. le pasteur Hirsch, au Congrès international de Christiana, a soutenu énergiquement de son côté la curabilité non seulement de l'ivrognerie, mais aussi de la dipsomanie.

Mais les paroles ne suffisent pas. M. Hirsch, à Christiana, a rapporté, c'est vrai, de très intéressantes observations de dipsomanes guéris, observations très probantes. Il faut plus encore pour entraîner la conviction, quelques cas sont impuissants à imposer celle-ci ; il est nécessaire d'avoir des masses énormes de faits recueillis par des observateurs différents dans des contrées diverses. Cette preuve, nous allons la fournir aussi complète qu'on la saurait souhaiter. Les statistiques qui suivent offrent, en effet, toutes garanties. Pour avoir une valeur et mériter confiance, elles devaient remplir deux conditions. En premier lien, il fallait qu'un laps de temps assez considérable se fût écoulé pour que la guérison pût être considérée comme définitive. En second lien, il était non moins indispensable d'être parvenu à obtenir des renseignements très précis et très circonstanciés sur la conduite des sujets depuis leur sortie de l'établissement. C'eût été une grosse erreur, de ce qu'ils n'étaient pas revenus à l'asile, d'en conclure qu'ils n'avaient pas rechuté. Ils avaient pu fort bien aller s'alcooliser plus loin, dans une région sans asile spécial, partout où ils n'étaient pas exposés à subir un long isolement compliqué d'abstinence forcée. En effet, un des avantages de cette institution est de faire autour d'elle le vide des ivrognes ; sans doute ce n'est pas là une guérison de l'ivrognerie, mais c'est déjà un bienfait pour le pays. On ne saurait croire l'influence salutaire que la crainte du régime spécial obligatoire exerce sur le buveur. A Ville-Evrard, où l'asile n'est pas clôturé, ou plutôt est clôturé par une ceinture de cabarets, journellement des cas d'intempérance se produisaient. Depuis l'installation de mon quartier spécial, depuis surtout que les deux premiers travailleurs qui se sont grisés y ont été conduits pour une longue période, la tempérance est devenue générale. C'est déjà là un très grand avantage que j'ai retiré de cette installation. Mais si le buveur est libre de ses mouvements, il y a des chances qu'il porte ailleurs son intempérance. Quand l'asile pour cinq cents ivrognes sera ouvert, Paris, loin d'attirer, comme aujourd'hui, cette lie sociale, deviendra un éponvantail, et ainsi se trouvera réduit le chiffre des alcooliques à la charge du département du fait seul de l'existence de cet éta-

blissement; mon expérience à Ville-Evrard me permet déjà cet espoir. Mais il en résulte aussi la nécessité de ne jamais considérer, comme je le disais plus haut, le non-retour à l'asile comme une preuve de guérison. Les savants qui ont dressé les statistiques dont je vais maintenant parler, ont en précisément grand soin de n'y faire figurer que des sujets qu'ils avaient suivis ou tout au moins sur lesquels ils étaient parvenus à obtenir les renseignements les plus précis et les plus circonstanciés. Leurs chiffres ont droit, dès lors, à toute notre confiance.

La première étude statistique sérieuse fut dressée à Binghamton par le D^r Turner. Ce travail a eu un immense retentissement et a joué un rôle considérable, car c'est lui qui a sauvé la méthode en établissant la crédibilité de l'ivrognerie par le traitement physique, au moment même où cette méthode semblait sombrer sous les attaques de l'ignorance, de la malveillance et surtout de la jalousie. Le D^r Turner est, en effet, le créateur du premier asile de buveurs ouvert en Amérique; pendant dix ans il lutta contre tous et finit par être écrasé; il dut quitter l'établissement qu'il avait fondé, mais sa longue résistance aux attaques des uns et aux risées des autres lui avait permis de donner aux faits le temps de parler. Quand, contraint de s'avouer vaincu et d'abandonner son poste de combat, il se retira, il put souffler ses adversaires triomphants des résultats obtenus par sa méthode durant ses dix dernières années d'exercice, résultats qui étaient la confirmation éclatante de celle-ci et lui assuraient l'avenir. Avant de sortir de Binghamton, le D^r Turner, en effet, dans le but de savoir combien de ceux qui avaient été en traitement dans son établissement de 1864 à 1874, de son ouverture au départ forcé de son fondateur, étaient restés guéris, écrivit seize cents lettres circulaires aux parents et aux amis de *seize cents* patients sortis. Les réponses fortement motivées, avec preuves à l'appui, fournirent la proportion inattendue de 62.5 p. 100 de sujets *restés totalement abstinents depuis cinq ans au moins*. Peu importait dès lors au D^r Turner d'être le vaincu d'un jour, car il avait acquis la certitude d'être le triomphateur du lendemain.

Un autre éminent médecin américain qui, lui aussi, dans son hôpital, le Washingtonian house, a été en butte,

dit M. Ladame, à toutes les critiques, et a subi toutes les persécutions et toutes les vexations qui attendent tous ceux qui se dévouent au triomphe d'une grande nouveauté scientifique, mais qui a su résister jusqu'au bout, le D^r Day, riche d'une grande expérience sur l'ivrognerie et son traitement, et en même temps observateur consciencieux et difficile, a montré, preuves en mains, que le chiffre des guérisons atteint parfois jusqu'à 70 p. 100, mais que cependant, de si beaux résultats sont exceptionnels.

Il a fait une enquête miuntienne sur *cinq mille* cas traités à Washingtonian house depuis *six ans au moins*; or, sur ce nombre, 42 p. 100, soit *deux mille cent anciens ivrognes*, étaient toujours totalement abstinents.

Et nous avons encore d'autres statistiques à citer, émanant d'hommes tout aussi dignes de foi. Le D^r Mason, du Kings County inebriate home, sur *deux mille* cas datant eux aussi *de plus de dix ans*, a trouvé 34 p. 100 de guérisons complètes persistantes. Il fut, dit-il, d'autant plus surpris de ce magnifique résultat, qu'un très grand nombre de ces sujets restés abstinents depuis plus de dix ans avaient été considérés comme incurables à l'époque du traitement. La statistique du D^r Crothers est plus importante encore que la précédente, elle porte sur *trois mille* cas traités dans des hôpitaux divers et très sévèrement contrôlés. Des renseignements recueillis il résulte que 40 p. 100 des traités ont été guéris et *sont restés guéris après un délai de sept à huit ans depuis la sortie*. Les meilleures autorités, ajoute-t-il, concluent communément à 35 p. 100 de guérisons définitives parmi ceux qui sont restés en traitement durant une année et davantage. M. Hirsch donne comme moyenne générale des guérisons à Lintorf, en Allemagne, 25 p. 100; mais il nous apprend ce détail d'un grand intérêt pratique, c'est que, si on écarte les malades qui sont restés moins de six mois dans l'établissement, la moyenne des guérisons définitives s'élève à 58 p. 100, plus de la moitié des soignés. Au Congrès de Chicago, le D^r Vorrmann a fourni les résultats obtenus à Dalrymple House, en Angleterre, pendant les *huit* premières années de son existence. Sur 266 ivrognes sortis de l'établissement, 89, soit 33 p. 100, sont restés *totalement abstinents* et

21, soit 8 p. 100, sont demi-abstinents, au total 41 p. 100 ont été arrachés à leur vice. La statistique de l'asile de Wuchtern, en Suisse, donne 31 p. 100 de guérisons, 20 p. 100 d'améliorations, et 49 p. 100 de rechutes. Mais celle de Ellikon, également en Suisse, est plus intéressante à consulter, car les résultats sont classés année par année. Malheureusement, l'établissement n'a que *cinq ans* d'existence. Avec les renseignements contenus dans le dernier rapport de M. Forel, j'ai établi le petit tableau suivant, très instructif.

Restés depuis :	1889	1890	1891	1892	1893
	p. 100	p. 100	p. 100	p. 100	p. 100
Abstinentes . . .	23.6	32.1	35.8	55.5	57.6
Demi-abstinents.	38	35.7	35.8	27.7	25.5
Les deux. . . .	61.6	67.8	71.6	73.2	83.1

Ce petit tableau, ai-je dit, est très instructif, il permet de juger d'un coup d'œil le degré de résistance ou plutôt le temps de résistance opposé par les malades sortis à la tentation alcoolique. On y voit, en effet, à mesure que les années augmentent, diminuer le pourcentage des sujets restés totalement abstinents : tel résiste encore depuis cinq ans, alors que tel autre a chuté depuis la première année et tandis qu'à certains il a fallu deux, trois et quatre ans pour retrouver le chemin jusqu'alors perdu du cabaret. On dirait une armée montant à l'assaut de la forteresse de la tempérance et jouchant de cadavres le chemin parcouru. Ainsi ce détail intéressant est ainsi mis en pleine lumière, à savoir que la force de résistance, loin de croître avec le temps, comme on l'aurait supposé *a priori*, va en s'affaiblissant. Pour continuer notre comparaison de tout à l'heure, nous dirons qu'au cours de la seconde année il n'y a que deux victimes, 55 restés abstinents sur 57 ; la troisième année est la plus meurtrière de toutes, elle fournit vingt victimes, 35 abstinents sur 55. Il semble que ceux qui ont triomphé des difficultés des trois premières années acquièrent une résistance égale à celle du début de la lutte, car durant la quatrième année, il n'y a que trois victimes, 32 abstinents sur 35. Mais pour un certain nombre ce regain de force ne dure guère et la résistance

faiblit, car pour la cinquième année il y a 9 victimes, 23 abstinents sur 32. Eh bien ! j'aurais cru, au contraire, qu'il était beaucoup plus difficile de triompher, au moment même de la sortie, des tentations trouvées à chaque pas ; j'aurais pensé que la force de résistance croissait avec la durée des épreuves victorieusement subies, partant que c'était surtout durant la première année que la rechute était le plus à redouter ; certainement, si j'avais eu à imaginer ce tableau, je l'aurais dressé tout à l'opposé de ce qu'il est. Qu'il faut donc se méfier des appréciations *a priori* et que le métier de savant en chambre est plein d'écueils ! Enfin, une autre particularité, digne aussi d'être relevée, qui se trouve consignée dans ce petit tableau, c'est que le guéri ne redevient pas tout d'un coup ivrogne ; il est comme un nageur qui se noie, il ne coule pas à pic. En effet, parallèlement à la diminution du pourcentage des totalement abstinents avec le nombre des années, marche au contraire l'augmentation du pourcentage des demi-abstinents. De 25.5 p. 100 la première année, il s'élève la seconde à 27.7 p. 100, atteint la troisième et la quatrième 35 p. 100 pour monter la cinquième à 38 p. 100.

Eh bien, si de toutes les statistiques particulières que nous venons de résumer nous faisons une statistique générale, nous constatons que les données sur lesquelles on se base pour affirmer la curabilité de l'ivrognerie porte sur le total respectable de *douze mille soixante-sept ivrognes*, traités dans des établissements situés en Amérique, en Angleterre, en Suisse et en Allemagne, c'est-à-dire dans des pays à mœurs bien différentes les uns des autres, malades sortis depuis *cinq et dix ans* et sur lesquels 46 p. 100, c'est-à-dire *cinq mille cinq cent cinquante ont cessé d'être des ivrognes* pour devenir, pour les trois quarts, *des abstinents complets*, c'est-à-dire *des buveurs d'eau*. Certes, ce résultat est pour surprendre, et j'avoue en rester confondu. Je n'ai encore sur ce point aucune expérience personnelle, car ce n'est pas en cinq mois que j'ai pu en acquérir une suffisante dans mon quartier spécial ; mais, quand je considère la masse énorme de faits invoqués à l'appui de la méthode, les pays très divers dans lesquels ils ont été recueillis, quand surtout je constate que ces faits relatifs à des

Anglais, à des Américains, à des Suisses et à des Allemands, gens si différents sous tous les rapports, ont été observés et sont certifiés par des savants qui ont noms, Turner, Day, Mason, Crothers, Hirsch, Vormann, Forel, je ne me reconnais pas le droit de les mettre en doute et je dis que le moins est de se rallier à l'appréciation la plus modérée, celle formulée par M. Crothers au Congrès de Chicago, à savoir qu'il est possible de guérir radicalement de 30 à 35 p. 100 des ivrognes, soit un sur trois. Pour ma part, je me contenterai de ce succès relatif que je trouve déjà fort beau.

Que penser maintenant des formidables résultats annoncés à grand bruit et avec force réclame, par certaines maisons à base évangélique et à traitement religieux, qui crient bien haut que si la médecine ne donne que 30 à 35 p. 100 de guérisons, la Bible en procure de 80 à 90 p. 100. Je ne m'arrêterai pas à discuter ces assertions fantaisistes; pour cela, il faudrait des éléments de discussion qui manquent totalement. En effet, ces établissements se sont toujours gardés de publier la moindre statistique ni la plus petite observation qu'on aurait pu contrôler. Ils affirment, et s'en tiennent là. Or, pour tout homme de science, les faits seuls nettement précisés ont une valeur. Tant que ces établissements continueront à se dérober ainsi à tout contrôle, nous refuserons de croire qu'ils guérissent 90 et même 80 p. 100 de buveurs. Qu'ils en ramènent un certain nombre à la tempérance, j'en suis convaincu; car, ainsi que je l'établirai plus loin, les établissements évangélistes ne font en réalité qu'appliquer le système médical du Dr Turner, avec seulement le soin de le complètement couvrir du manteau de la religion.

II

Donc, l'ivrognerie est curable et est curable dans les limites d'un tiers, pour le moins. Comment est obtenu ce résultat si consolant? Quelle est la méthode thérapeutique qui fournit de si beaux succès? Pour l'exposer avec clarté, nous examinerons en premier lieu les bases sur lesquelles repose le *traitement*, ou plutôt le *double traitement* à la fois *physique et moral*, puis

nous nous efforcerons de fixer la *durée* que celui-ci comporte et enfin nous étudierons dans quelles conditions les *sorties* doivent s'effectuer.

Il importe de se bien pénétrer que des deux *thérapeutiques*, la physique et la morale, la première est prépondérante, si prépondérante qu'il est exact de dire que sans le secours de la seconde elle est capable de réaliser la guérison, tandis que celle-ci, réduite à ses seules ressources, est absolument impuissante. Ceux qui sont sincères en affirmant leur conviction de ramener à la tempérance les ivrognes par le seul pouvoir de la foi qui guérit sont des Jourdan, qui au lieu de faire de la prose, font de la médecine sans s'en douter. Si, inconsciemment ou non, ils ne mettaient celle-ci en usage, celle-là ne guérirait rien du tout. Ce n'est pas la lecture de la Bible, même avec commentaires, ce ne sont pas des prédications, même éloquentes, qui sont susceptibles de débarrasser l'organisme de l'appétence alcoolique. Il n'y a qu'un moyen de guérir l'ivrognerie, il n'y en a pas deux, et ce moyen est essentiellement physique : c'est *l'abstinence forcée et prolongée de tout alcool sous quelque forme que ce soit*. Hors de ce moyen, il n'y a pas de salut. Cela est si vrai que les évangélistes, les partisans de la foi qui guérit, s'empressent de soutenir celle-ci avec, et c'est ainsi qu'ils l'empêchent d'aboutir à un fiasco complet. Toutes les guérisons qu'ils réalisent, ils le doivent exclusivement à l'abstinence, qu'ils ne s'illusionnent pas à cet égard. Ils n'ont d'ailleurs qu'à tenter l'essai du traitement exclusivement moral, ils seront vite fixés sur sa valeur.

Il n'y a pas à s'étonner que la privation longtemps continuée des alcools finisse par détruire l'habitude d'en prendre. En somme, il n'y a rien là d'exceptionnel, et pour s'en convaincre on n'a qu'à se souvenir de la thérapeutique de la morphinomanie. Ce n'est pas différemment, en effet, qu'on guérit le morphinomane, et pourtant dans l'intoxication par la morphine il n'y a pas seulement appétence passionnelle, il y a encore un besoin vital si intense que parfois la mort résulte d'une trop brutale suppression du poison. Nonobstant, on réussit, par la suppression graduelle ou brusque, à débarrasser complètement l'organisme tant de sa passion que de

son besoin. Pourquoi n'obtiendrait-on pas pour l'alcool le résultat obtenu pour la morphine qui, elle, prend bien plus possession du corps, lequel arrive à ne pouvoir plus s'en passer pour continuer à vivre? La guérison de l'ivrognerie par l'abstinence forcée a donc des analogues. L'ivrogne perd ainsi son appétence alcoolique, tout comme le morphinomane perd son appétence morphinique pourtant bien autrement ancrée. Seulement il faut reconnaître que si les conditions des deux curabilités sont les mêmes, celles de la persistance de la guérison sont très différentes. En effet, l'heureux morphinomane guéri, qui a jeté au vent sa provision et brisé sa seringue, est pour ainsi dire à l'abri, dans nos pays du moins, de toute tentation directe. Le malheureux ivrogne guéri ne saurait faire vingt pas dans n'importe quelle rue sans se heurter à au moins deux cabarets. L'heureux morphinomane guéri, pour ne pas rechuter, n'a qu'à se conformer à la vie commune, car il n'est pas encore d'usage courant, chez nous, d'user de mille ruses pour se procurer de la morphine et de se l'injecter sous la peau. Le malheureux ivrogne guéri, pour ne pas rechuter, est obligé, au contraire, de ne pas ressembler à tout le monde, car, plus ou moins, tous fréquentent les cafés et il est de bon ton d'ingurgiter force alcool. Le cas du buveur est donc bien plus mauvais que celui de l'intoxiqué morphinique, mais il n'est pas contestable que leur guérison est obtenue par les mêmes procédés.

Cette privation forcée de toute boisson spiritueuse, tous les praticiens de tous les pays, sont d'avis de l'imposer d'emblée; sans exception, ils sont pour la suppression brusque. A ma connaissance tout au moins, des médecins qui ont pratiqué la cure des buveurs, il n'en est aucun qui ait rapporté des cas de délire tremens survenus consécutivement à l'application de cette méthode de traitement. Ce résultat est en contradiction avec les idées ayant cours, car parmi l'étiologie du délire alcoolique aigu, on cite souvent la privation subite de toute liqueur forte chez les vieux buveurs. Non seulement nos confrères des asiles d'ivrognes n'ont jamais rien rapporté de tel, mais ils affirment, au contraire, n'avoir jamais constaté aucun accident. Mes constatations sur ce point diffèrent sensiblement des leurs. A

cet égard, depuis cinq mois, dans mon quartier spécial de buveurs où l'abstinence totale est imposée d'emblée dès le premier jour de l'entrée, j'ai été à même d'observer certaines particularités qui ne sont peut-être pas dépourvues de tout intérêt. Mes malades sont, il est vrai, des ivrognes délirants isolés par suite d'une crise de folie alcoolique aiguë déterminée soit par un surcroît de libations, soit par une affection fébrile, soit par un choc moral ou physique, jamais, je le reconnais, par la seule privation de l'excitant habituel. Mais une fois qu'ils sont remis des troubles intellectuels qui ont nécessité l'isolement, c'est-à-dire au bout de deux à huit jours, au plus, je constate chez eux, bien peu ont fait exception, des phénomènes que jamais je n'avais relevés chez mes alcooliques, alors que je ne leur imposais pas l'abstinence totale, et ces phénomènes ne sauraient être attribués qu'à celle-ci. Ils consistent en trois manifestations qui se montrent toujours associées : douleurs de tête, lassitude générale, sueurs profuses. Souvent la céphalée est violente, insupportable, rendant impossible toute occupation ; le mouvement l'exaspère ; comme disent les malades, tout leur retentit dans la tête. J'ai vu plusieurs d'entre eux rester au lit à cause d'elle. En second lieu, un sentiment général de brisement, d'absence de toute énergie ; quand la céphalalgie est modérée, permettant le travail, les patients sont tout de suite fatigués ; ils seraient incapables d'un labeur un peu rude et soutenu. Enfin, des sueurs profuses, soit spontanées, soit provoquées par le plus petit effort, sueurs de faiblesse, disent-ils, et qui même par les temps frais mouillent leur chemise, comme une course forcée en plein soleil durant une journée de juillet ou d'août.

Il me semble difficile de ne pas voir là des phénomènes d'abstinence, alors surtout que je les constate sur la presque totalité des sujets soumis à la privation subite et absolue de tout alcool, et que jamais auparavant je ne les avais rencontrés. J'ai pensé tout d'abord à les attribuer, en partie tout au moins, à la nature particulière des buveurs de mon service, qui sont en majorité des dégénérés ou des névropathes. Mais je les ai retrouvés chez le personnel de surveillance, soumis lui aussi d'emblée au régime abstinent, puisqué pas une

goutte, fût-ce de vin, ne pénètre dans le quartier, et je les ai retrouvés absolument identiques. D'ailleurs, l'évolution de ces troubles a été la même pour les uns et les autres, évolution d'une intermittence capricieuse. Après un ou quelques jours, tout rentre dans l'ordre, on croit l'accoutumance survenue et on est tout surpris, la semaine suivante, de se trouver en présence des mêmes perturbations aggravées ou atténuées pour une durée ou plus longue ou plus courte. Avec ces alternatives de disparition et de réapparition, je les ai vus se montrer après trois mois, et je me demande même si les malades, dès que ces désordres se sont un peu amendés et sont devenus supportables, ne les dissimulent pas avec soin de peur de retarder leur sortie. Il y là évidemment un élément d'appréciation qui me paraît mériter d'être pris en considération. Il est certain que la persistance de ces troubles, si peu graves qu'ils soient, est l'indice que l'organisme n'a pas encore retrouvé son équilibre et est une contre-indication formelle à la mise en liberté. Il n'y a pas à espérer, en effet, qu'un buveur ne recourra pas à l'alcool pour les combattre, d'autant plus qu'aucun ne se méprend sur leur cause, tous les attribuant sans hésitation au régime qui leur est imposé. Je combats ces malaises avec succès par les toniques et l'hydrothérapie, sous des formes variées, douches froides ou bains sulfureux associés à de l'extrait de quinquina et à un régime très fortifiant. Si je les signale, ce n'est nullement pour m'élever contre la méthode de la suppression brusque de tout alcool, car en réalité, ils n'offrent aucune gravité ; mais, les ayant constatés chez la très grande majorité de mes malades et même sur le personnel, je suis surpris de ne les avoir jamais vus signalés.

A l'abstinence absolue sont joints d'autres moyens adjuvants qui, plus ou moins, contribuent à hâter la guérison et surtout à la consolider. A cet égard, la thérapeutique des buveurs s'est beaucoup perfectionnée dans ces derniers temps. Si j'en crois M. Ladame, Condillac le premier a parlé d'enfermer dans des maisons spéciales pour les soigner ceux qu'il appelait les maniaques de la boisson, mais il ne paraît pas avoir indiqué le traitement à leur appliquer ; c'était en 1747. En 1809, le Dr Benjamin Rusch, de Philadelphie, affirma positivement que

les ivrognes étaient des malades qui, comme tels, devaient être placés dans des hôpitaux et sevrés de leur boisson favorite; mais c'est au D^r Turner qu'était réservée la gloire de fonder définitivement le traitement de l'ivrognerie et d'en démontrer l'efficacité par la statistique dont nous avons parlé plus haut. Le D^r Turner n'acceptait pas de client pour moins d'un an, et, afin d'assurer l'abstinence, il soumettait les malades à un restraint et à un contrôle absolu. Surveillés nuit et jour, ils ne sortaient que sous bonne escorte. Il négligeait totalement le traitement moral; il n'employait même pas l'exhortation. Pour lui, l'ivrognerie était une maladie exclusivement corporelle qui ne demandait que des moyens physiques. Il imposait deux bains turcs par semaine à ses pensionnaires et les contraignait à se livrer à des travaux manuels, soit aux champs, soit dans les divers ateliers de la maison où régnait la contrainte absolue et qui était régie par une discipline militaire. Chaque jour les sujets étaient forcés de prendre part à des distractions variées: promenades, billard, jeu de boule, courses en voiture. Nous avons vu que ce système de traitement avait fourni au D^r Turner 62.5 p. 100 d'ivrognes restés complètement abstinents, buveurs d'eau depuis cinq ans au moins.

La méthode préconisée au Congrès de l'Exposition internationale de Chicago par le D^r Crothers est en progrès sur celle du D^r Turner, même au point de vue physique. Elle est basée sur ce principe que l'ivrognerie est un symptôme et non une maladie par elle-même; elle n'est que la manifestation d'une affection des centres nerveux qui, en même temps qu'elle, doit être combattue, sinon la guérison n'est pas durable, la cause persistante ne tardant pas à déterminer les mêmes effets. En conséquence, aux moyens généraux employés par le D^r Turner, le D^r Crothers en ajoute d'autres individuels. Dès lors, pour lui, la première chose à réaliser est l'observation minutieusement prise et consignée du buveur à traiter, tant dans ses antécédents personnels que dans ses antécédents de famille. On arrive ainsi à établir la pathogénie de son ivrognerie et c'est cette pathogénie, variable selon les individus, qu'il s'agit d'attaquer vigoureusement, lutte toujours difficile et souvent longue, qui né-

cessite parfois jusqu'à plusieurs années d'efforts. L'examen de chaque sujet, recommande le médecin américain, doit même être répété régulièrement à quelques semaines d'intervalle à cause des rapides modifications susceptibles de se produire et, en outre, afin de rectifier les erreurs de diagnostic toujours possibles. Après l'abstinence totale et prolongée, il est deux points sur lesquels le D^r Crothers insiste le plus : en premier lieu, cette nature secondaire de l'ivrognerie, qui rend sa guérison éphémère si on n'extirpe pas la cause première qui l'a fomentée; seulement de cette façon, par exemple, on parviendra à maîtriser la dipsomanie paroxystique liée incontestablement à des troubles organiques. En instituant un traitement préventif de ces troubles on les empêche de se manifester, et par là on supprime du même coup la manifestation dipsomaniacale. Tout cela est, à mon avis, de l'excellente clinique. Le second point qui, après l'abstinence, mérite le plus d'attirer toute l'attention du praticien est, d'après ce médecin si expérimenté en la matière, le milieu dans lequel sont traités les patients. L'ivrogne, dit le D^r Crothers, souffre d'une profonde maladie du système nerveux et, en particulier, du cerveau, dont son ivrognerie n'est qu'un des symptômes; il a besoin, pour refaire ses nerfs et son organe cérébral endoloris, d'un repos complet et d'un calme absolu, choses impossibles à obtenir sans une discipline de fer. Partant, à son avis, tout doit être réglé militairement et uniformément : sommeil, repas, exercices, distractions, travail, hydrothérapie et même médication, de manière à changer complètement le genre de vie antérieur, à éviter toute cause d'excitation ou d'irritation et à calmer l'éréthisme nerveux, tout en habituant l'organisme à une existence régulière.

Je ne peux que donner mon assentiment à une thérapeutique aussi rationnelle; il est toutefois un détail qui ne paraît pas avoir suffisamment fixé l'attention de nos confrères étrangers des asiles spéciaux, que je n'ai pas trouvé mentionné dans leurs divers travaux que j'ai eu à ma disposition et qui pourtant a son importance. Je veux parler de la substitution à l'appétence alcoolique nocive d'une autre appétence inoffensive. La soif guette dehors l'ancien ivrogne au moment de sa sortie; d'une façon ou

d'une autre il sera contraint de lui payer son tribut et de l'apaiser. Par quoi la calmera-t-il ? De là, à mon avis, la nécessité d'habituer le buveur durant son temps d'isolement à se satisfaire à l'aide d'une boisson qui soit tout à la fois un désaltérant et un plaisir. Pour qu'il continue à renoncer aux alcools, il est indispensable qu'il ait sous la main quelque liquide susceptible de lui procurer une certaine volupté en étanchant sa soif. Sur les conseils de M. Magnan, je prescrivis aux alcooliques de mon quartier spécial du lait, de la gentiane et du thé. Ces deux dernières boissons, le thé surtout, ont l'avantage de n'être pas seulement agréables, mais encore de développer une certaine appétence qui porte à les rechercher ceux qui en ont contracté l'habitude. Les trois quarts de mes buveurs mêlent les deux, ils en font un *panaché* qui est pour eux un vrai régal ; rares sont ceux qui boivent exclusivement ou alternativement thé et gentiane. Malheureusement ce *panaché* ou ce *mêlé-gentiane*, comme ils l'appellent, n'est guère une boisson économique ; des deux éléments qui le composent, il en est un qui coûte assez cher. J'ai grand'peur que le prix ne les rebute et ne les pousse à nouveau vers le cabaret où il leur sera permis de se désaltérer et de se régaler à bien meilleur marché. Et ce n'est pas de ma part une idée *a priori* ; j'ai réalisé déjà, en cinq mois, sur ce point une expérience assez concluante. Beaucoup de mères de famille, surchargées d'enfants, m'ont plus d'une fois signalé cet inconvénient en me disant que cela coûterait ce que cela coûterait, mais qu'elles tiendraient la main à la continuation du régime. Cette observation de leur part était la critique inconsciente, mais juste, du système. En sus, deux buveurs rentrés peu après leur sortie et dont j'anrai à reparler plus loin à un autre point de vue, m'ont franchement déclaré qu'ils n'avaient pas persévéré parce que ça coûtait trop cher. Il y a donc là un écueil à éviter ; il n'est pas pratique d'habituer les malades à l'asile à un bien-être qu'ils ne trouveront pas au dehors, de les habituer surtout à se désaltérer avec une boisson que leurs moyens ne leur permettront pas d'acheter. Mettez-les au régime de l'eau, dira-t-on ? La solution n'est pas là. L'eau couperait leur soif, soit, mais elle ne leur apporterait aucune sensualité ; or, tous les appétits du corps, les physiques

comme les intellectuels, la soif comme la faim, en réclamant quelque peu. Il serait utile, je crois, de trouver un liquide à bas prix susceptible de développer une appétence particulière. C'est à chercher.

Nous arrivons au *traitement moral*. Une opinion est née, qui commence à se propager, d'après laquelle ce traitement serait tout. L'ivrogne, désireux de guérir, devrait commencer par devenir un croyant, car seule la *foi qui guérit* est en puissance de le rendre et de le maintenir tempérant. Si cette doctrine était restée l'apanage des gens du monde, si elle n'avait trouvé des adhésions que parmi ceux demeurés fidèles aux croyances et aux légendes qui charmèrent jadis notre enfance, nous ne nous y arrêterions pas; mais elle a contagionné le corps médical, et dans le corps médical elle paraît vouloir entamer les esprits les plus indépendants. Voici comment s'exprime un aliéniste de talent, qui est en même temps un libre penseur: « Le traitement médical, qui consiste surtout dans l'abstinence des boissons alcooliques, est fort peu de chose auprès du traitement moral qui s'appuie sur des croyances théologiques. Le médecin en ces asiles est plus prêtre que médecin. C'est un protestant convaincu qui agit sur ses clients par tous les moyens dont dispose le prêtre: la prière, les exhortations quotidiennes, les exercices pieux. C'est au milieu religieux que le résultat est dû, beaucoup plus qu'à l'abstinence. »

L'erreur dans laquelle est tombé M. le D^r Dubuisson prouve ce que j'ai avancé au début de ce travail, à savoir combien est peu connue en France, même des aliénistes, la cure des buveurs telle qu'elle se pratique à l'étranger. Mon distingué collègue de Sainte-Anne prétend que le traitement médical est fort peu de chose auprès du traitement moral; or, nous avons vu que le D^r Turner, qui le premier pratiqua la cure des buveurs, a toujours refusé d'exercer la moindre action morale sur ses clients. L'ivrognerie, s'écriait-il, est une maladie physique qui ne réclame que des moyens physiques. Pendant dix ans il n'a jamais voulu en démordre, malgré les injures des uns et les risées des autres, et pendant ces dix ans il a guéri 625 p. 100 des ivrognes qu'il a soignés. M. Dubuisson objectera-t-il que depuis 1874, date du départ du

D^r Turner, les temps ont marché, et qu'aujourd'hui les choses sont telles qu'il les indique. Alors je lui opposerai un confrère dont il ne contestera certes ni la parfaite honorabilité ni la vaste expérience, un médecin des premiers, sinon le premier peut-être, en matière de thérapeutique de l'ivrognerie, le D^r Crothers. Voici en quels termes celui-ci s'est exprimé au Congrès de Chicago en 1893, hier, par conséquent, et je traduis textuellement afin de n'être pas suspecté d'exagération : « Le traitement moral par appel au pouvoir volontaire et à la moralité doit être abandonné. Les bronillards épais des conceptions métaphysiques du libre arbitre, de la dépravation morale, du vice et de la méchanceté doivent disparaître des conceptions de l'ivrognerie et de l'aménagement pratique des asiles spéciaux d'alcooliques. Asiles et organisateurs qui se conduisent d'après cette idée, que l'ivrogne est un demi-vicieux et un demi-malade, sont des estropiés. Asiles et organisateurs qui comptent sur le traitement moral pour restaurer et guérir l'ivrogne, sont encore bien arriérés dans le chemin de la crédulité. » Qu'en pense M. Dubuisson, qui n'ignore certainement pas que le D^r Crothers guérit un buveur sur trois dans son asile spécial de Walnut-Lodge Hospital, à Hartford (Connecticut), le plus vaste et le plus renommé de l'Amérique.

Il pensera peut-être que, s'il a calomnié le Nouveau Monde, il a simplement médié de l'Ancien. Hélas ! il a calomnié l'Ancien comme le Nouveau. Bien loin de traiter les buveurs confiés à ses soins par la prière, les exhortations quotidiennes religieuses, les exercices pieux, dont parle M. Dubuisson, le D^r Forel, qui n'exerce pas en Amérique, pose en principe d'éviter soigneusement tout prosélytisme confessionnel afin, dit-il très sagement, que les croyants de toutes les religions puissent s'adonner très bien dans la Maison à la pratique de leurs croyances sans que personne soit en aucune façon dérangé en quoi que ce soit. En effet, si l'assertion de notre collègue était exact, le traitement moral religieux pour protestants ne conviendrait guère ni aux juifs, ni aux catholiques. De son côté, M. Bosshard, directeur d'Ellikon, énumérant les occupations auxquelles se livrent les malades de son établissement, ne parlent nullement d'exercices pieux ; il est question de chant, de petites

promenades, de longues courses, l'été ; l'hiver, de fêtes de famille et de conférences sur les connaissances utiles.

Ce qui a induit M. Dubnisson en erreur, car au fond de toute erreur, a-t-on dit, il y a toujours une part de vérité, c'est qu'il y a, en effet, un certain nombre de maisons où les choses se passent comme il les indique ; en Amérique même, on en compte jusqu'à trois. Ce sont ces maisons dont nous avons eu à parler plus haut qui, pour battre en brèche les établissements à base médicale et leur faire concurrence, annoncent 80 et 90 p. 100 de guérisons sans jamais fournir la plus petite preuve à l'appui de leurs assertions. Mais tant qu'elles se sont bornées, conformément à la doctrine du médecin de Sainte-Anne, à donner le pas au traitement moral sur le traitement physique, elles ont piteusement échoué ; *aujourd'hui toutes sans exception pratiquent en réalité le système Turner de l'abstinence*, après l'avoir déclaré l'abomination de la désolation, et après avoir persécuté son premier fondateur ; la religion n'est que le masque derrière lequel elles dissimulent ce système. Et c'est précisément parce que ces maisons marchent dans cette voie que le masque m'importe peu et que je les crois fort utiles, rendant d'importants services. On ne saurait avoir trop de gens occupés à guérir l'ivrognerie par *l'abstinence forcée et prolongée*. Et puis, pour ceux qui sont restés des croyants, il n'est pas mauvais qu'ils rencontrent un milieu en rapport avec leurs opinions ; leur guérison certainement et leur persévérance surtout en seront facilitées. Seulement j'ai tenu à nettement établir par des faits irrécusables l'erreur de M. Dubuisson et à lui démontrer que les ivrognes libres penseurs qui partagent nos croyances et nos convictions ne sont pas fatalement et irrémédiablement condamnés, ainsi qu'il l'enseigne, à retourner toujours à leurs vomissements, selon l'énergique et pittoresque expression de la sainte Bible.

Et maintenant est-ce à dire que tout traitement moral est parfaitement inutile ? Sur ce point, je trouve que les Américains vont peut-être loin. La morale n'a jamais nui à personne, et même à plus d'un elle a rendu service. J'estime donc qu'elle n'est pas à dédaigner complètement ; il en faut, tout juste autant, si on veut, que du

persil dans le pot-au-feu, mais il en faut. Certes, le médecin qui escompterait la remontrance, l'appel à l'honneur et à la dignité, l'exhortation et autres *simili* comme remèdes de l'ivrognerie mériterait d'être appelé, selon la spirituelle épithète du Dr Crothers, un estropié. Quand le sentiment de la famille, quand les enfants, surtout ces êtres chers et sacrés, criant la faim, auxquels on serait heureux de donner sa chair à manger pour les apaiser, n'ont pas arrêté un homme et ne l'ont pas détourné de son vice, il n'y a plus, je crois, d'espoir à fonder sur aucun sentiment; il ne reste plus qu'à s'adresser à un instinct, le plus profond et le plus puissant de tous, plus profond et plus puissant que l'instinct de la reproduction, il ne reste plus qu'à s'adresser à l'instinct de conservation. Le but du traitement moral, à mon avis, doit être de convaincre le buveur que sans s'en douter il se prépare un suicide, non pas prompt et sans douleur, mais un suicide lent et atrocement douloureux; de le convaincre que les quelques satisfactions qu'il tire de l'alcool il les payera, et cela avant peu, par des années d'atroces souffrances. Pour lui inculquer dans le cerveau cette conviction, il conviendrait, par tous les moyens, de le renseigner exactement sur les effets de l'alcoolisme, de lui faire la clinique de cette passion, de lui montrer par des exemples réels placés sous ses yeux ce qui l'attend, s'il ne renonce pas à son vice. J'estime que cela aura plus d'action sur lui que les sermons les plus onctueux et les oraisons les plus pieuses.

Voilà donc le traitement tel qu'il convient de l'instituer. Quelle sera sa *durée*? Question grosse de conséquence pour le buveur et le succès de sa cure. J'y laisserai répondre M. Bosshard. « Il ne subsiste aucun doute que le résultat de la cure, écrit-il, dépend tout particulièrement de la durée du temps d'abstinence. Parmi les guéris depuis l'ouverture de l'établissement se trouvent dix-huit à vingt cas qui ne donnaient absolument pas d'espoir durant les *trois à quatre premiers mois*. S'il avait fallu, comme dans d'autres cas, accorder la mise en liberté après ces trois ou quatre mois, ces cures se seraient tout simplement réduites à néant. » A l'appui des bienfaits d'un traitement longtemps prolongé, le directeur d'Ellikon rapporte deux faits inté-

ressants qui méritent d'être rappelés succinctement. Un patient qui, après *neuf mois* de séjour, se refusait à entendre parler d'abstinence, a pu être mis en liberté comme guéri après *treize mois* de traitement et, depuis *trois ans*, il observe fidèlement et incontestablement une *totale abstinence*. Un autre buveur, également sorti, a écrit à M. Bosshard pour lui confier combien les malades restent indifférents durant les premiers mois de leur séjour dans l'établissement. Il lui avoue que c'est seulement au cours du *cinquième mois* qu'il a commencé à ressentir les effets bienfaisants de l'abstinence. Le D^r Brautwaite, au Dalrymple House, en Angleterre, déclare formellement qu'une durée de six mois est insuffisante. Le D^r Turner n'acceptait dans sa maison que ceux qui lui accordaient le droit de les garder malgré eux durant au moins un an ; à son avis, ce délai était un minimum, et c'est ainsi qu'il réalisait 62.5 p. 100 de guérisons. Tous ceux qui, comme le D^r Crothers, concèdent six mois, y sont forcés par la difficulté de maintenir plus longtemps les sujets ; au fond, ils sont tous de l'avis du D^r Turner.

Ce qui donne une importance capitale à la durée du traitement, c'est ce détail bizarre, difficile à expliquer, mais qu'on est contraint d'accepter puisqu'il est tiré d'une expérience qui compte plus de vingt ans, à savoir que la première cure est décisive. Depuis l'institution du traitement de l'ivrognerie par l'abstinence forcée et prolongée, il ne s'est pas trouvé, que je sache, un seul ivrogne qui, ayant rechuté après une première cure, ait été complètement guéri par une seconde. *Le buveur qui a manqué sa première cure est irrémédiablement condamné à rester buveur toute sa vie*. Telle est la règle formulée par les praticiens d'Amérique, d'Angleterre, de Suisse et d'Allemagne, c'est-à-dire de tous les pays où la méthode a été appliquée. Pourquoi ? Je serais bien en peine de l'expliquer. Une première cure trop tôt interrompue ayant échoué, on serait porté à supposer qu'une seconde plus sévère et plus complète réparerait l'échec de celle-ci. Il n'en est rien. Il faut en prendre son parti ; qu'on l'explique ou non, c'est un fait qui s'impose. On guérit la première fois ou on ne guérit pas du tout. On voit maintenant combien il importe d'entourer cette pre-

mière cure de toutes les garanties du succès, puisque d'elle dépend sans recours l'avenir de l'ivrogne. Dans ces conditions, comment hésiter à contraindre celui-ci, non pas à un minimum de durée d'une efficacité aléatoire, susceptible de détruire l'unique chance de guérison qu'il a, mais à un isolement suffisamment prolongé pour mettre tous les atouts dans son jeu. Pour ma part, je n'hésite pas un instant, en présence de cette particularité que, je le répète, je ne m'explique pas, mais qui depuis vingt ans se montre constante dans le Nouveau comme l'Ancien Monde, en présence de l'efficacité exclusive de la première cure, à me ranger entièrement à l'opinion de Turner et à demander une durée minima d'un an. Qui veut la fin doit savoir vouloir les moyens. D'ailleurs, la commission anglaise de réforme de l'*inebriates'act* vient de se prononcer dans le même sens.

Que je suis loin, dans mon quartier spécial de Ville-Evrard, de réaliser ce desideratum ! Depuis cinq mois que j'ai ouvert ma section spéciale de buveurs, les luttes que je soutiens pour arriver à garder en traitement pendant seulement *trois mois* ces clients de choix, dépassent toutes mes prévisions. Luttés, non pas avec les malades qui, au contraire, jusqu'ici ont été d'une sagesse et d'une docilité auxquelles je ne m'attendais guère. Je craignais qu'ils ne fussent rebelles à l'abstinence, frondeurs et monteurs de révoltes, insubordonnés et réclameurs : ils sont doux et patients comme des agneaux ; il est vrai que je leur ai ménagé une installation confortable que je décrirai dans un autre mémoire relatif à ce service, et que je suis secondé par un excellent chef de quartier plein de tact et d'autorité. Donc, avec eux, lune de miel qui, je l'espère, aura plus longue durée que la conjugale. Mais luttes formidables et quotidiennes avec les familles ; toute la journée je suis assailli, et il est fort heureux pour mon repos que les portes soient fermées la nuit. L'entêtement et l'imprévoyance des femmes de buveurs créent souvent beaucoup de peine, gémit dans son dernier rapport M. Forel, et je joins de grand cœur mes gémissements aux siens. Elles ont été meurtries, elles ont reçu des coups de conteau, elles portent encore au cou les traces de la strangulation à laquelle elles ont échappé par miracle, et elles s'acharnent à réclamer

leurs ivrognes. C'est que les enfants sont là-bas dans la mansarde qui demandent du pain, et elles n'en ont pas à leur donner. Presque tous les clients de mon quartier spécial sont des pères de famille. Comment résister aux larmes et aux supplications des mères à qui l'autorité répond que la sortie dépend de vous. Je tiens bon avec énergie quand la femme est seule ; j'avoue ne pas en avoir la force quand il y a des enfants auxquels manque le nécessaire. Je reviendrai plus loin sur ce point. En attendant, voici le mouvement de mon quartier spécial depuis cinq mois.

Ma section de buveurs, d'avril à fin d'août, soit en cinq mois, a reçu 124 alcooliques. Sur ce nombre, sept étaient atteints de délire multiple, c'étaient des lypémaniaques dont la vésanie avait été momentanément masquée par des excès accidentels d'alcool ; ils ont été en conséquence versés dans les services ordinaires. Un est mort d'une hématomérose foudroyante, survenue consécutivement à un coup de revolver qu'il s'était tiré dans le côté droit une huitaine de jours auparavant. 36 sont sortis et ce sont ceux-là surtout qui nous intéressent ; or voici le tableau de la durée du traitement :

Moins d'un mois	7	2 mois et demi à 3 mois .	3
1 mois à 1 mois et demi .	6	3 mois à 3 mois et demi .	4
1 mois et demi à 2 mois .	5	3 mois et demi à 4 mois .	1
2 mois à 2 mois et demi .	9	4 mois à 4 mois et demi .	1

Eh bien ! si les choses continuent à aller de ce pas, ma section spéciale ne donnera aucun résultat satisfaisant. Sur 36 malades sortis, 30 avaient suivi le traitement durant moins de trois mois ! Il n'y a aucun espoir à fonder sur une telle thérapeutique ; aussi à leur départ n'ai-je pas dit adieu à ces 36 clients, mais au revoir, et de fait deux sont déjà revenus, sur lesquels j'aurai un mot à dire dans un instant. Il faut absolument remédier à cette situation et pour cela deux choses sont nécessaires. En premier lieu, ainsi que l'a demandé en excellents termes mon collègue du pensionnat de Ville-Evrard, M. le Dr Legrain, une législation relative aux alcooliques. Une loi seule nous fournira les moyens de maintenir l'ivrogne malgré lui et malgré sa famille. Si cette loi n'est pas votée d'ici la construction de l'asile

spécial décidée cette année par le conseil général de la Seine, cette création restera sans profit. L'expérience que je poursuis depuis cinq mois ne me laisse à cet égard aucune illusion. J'ai résisté de toutes mes forces et le tableau ci-dessus, résumé de mes efforts, étale trop éloquemment mes défaites pour qu'il soit nécessaire d'y insister. D'ailleurs ce n'est pas seulement en Amérique que l'ivrogne tombe sous le coup de la loi. En Europe, deux Etats ont sur ce point une législation spéciale, l'Angleterre et, en Suisse, le canton de Saint-Gall. On trouvera dans le remarquable rapport de M. Ladame au Congrès des aliénistes de langue française à Clermont-Ferrand tous les renseignements relatifs à cette question, j'y renvoie les lecteurs. Mais il conviendrait en outre, si on isole l'alcoolique pour une période qui, comme je l'ai établi plus haut, devrait être d'une année, qui, dans tous les cas, ne saurait être inférieure à six mois, qu'on veuille bien s'occuper de ses enfants durant ce temps. L'Assistance publique de Paris assimile aux filles qui abandonnent le fruit de leur libertinage les honnêtes mères de famille dont les maris sont enfermés dans les asiles et qui, à bout de ressources, demandent à la charité publique de se charger de leurs petits durant la maladie de ceux-ci. Pour les unes comme pour les autres, on déclare qu'il y a abandon d'enfant et on refuse de faire connaître la destination donnée; on se borne à fournir de trois mois en trois mois des nouvelles. Non, il n'est pas vrai qu'il y ait là abandon d'enfant. Deux années de suite, dans mes rapports, j'ai supplié le conseil général de la Seine de remédier à cette situation qui n'est pas à la gloire de Paris. Je n'ai rien obtenu. J'ai dans mon service des malades dont les femmes sont seules avec quatre et cinq enfants! Eh bien! si on veut mener à bien le traitement des buveurs qui, je l'ai déjà dit, sont presque tous, à Ville-Evrard, des pères de famille, il est indispensable de prendre les deux mesures que je signale.

Nous touchons enfin à la *sortie*. Le malade a été traité convenablement durant un laps de temps suffisamment long. Le moment est venu de l'abandonner à lui-même. Si j'en juge par la petite expérience que j'ai été à même d'acquiescer, il n'est pas bon que le buveur

passé sans transition de l'isolement complet à la liberté absolue. Mes deux clients, déjà de retour, attribuent en partie tout au moins à cela leur rapide rechute. Je m'étonne que ce détail n'ait pas attiré davantage l'attention des médecins des asiles spéciaux. Il est certain que la tentation est trop forte. En somme, s'ils ont perdu l'habitude de boire, en sortant ils n'ont acquis en aucune façon celle de résister. A l'asile, ils ne voyaient même pas la couleur du vin. Or, à peine ont-ils mis le nez dehors, qu'ils sont sollicités de tous côtés. Je ne suis nullement surpris qu'il y ait là un danger. Aussi, à mon avis, le traitement devrait comporter deux temps : un d'isolement et un d'épreuve. Nos confrères du Dalrymple house, en Angleterre, paraissent l'avoir ainsi compris bien que, à ma connaissance, ils ne spécifient pas que telle est la raison de leur règlement. Dans cette maison anglaise, l'isolement du buveur est complet durant trois mois, après lesquels on lui accorde une journée entière de sortie pendant la semaine et une sortie le dimanche matin. La surveillance, est-il dit, se fait avec le plus grand soin; par malheur, j'ignore comment celle-ci s'exerce; et si on s'aperçoit qu'un malade a bu dans une de ses sorties, il est de nouveau détenu pour trois mois comme un nouvel arrivant. Très bien; mais s'il sort seul, et s'il boit en ayant soin de ne pas se griser et de se bien laver la bouche pour n'exhaler aucune odeur alcoolique, à moins de humer sa respiration, je ne vois pas trop comment il sera découvert. Ne serait-ce pas préférable que ce temps d'épreuve s'écoulât sous les yeux mêmes du personnel? Je le pense; à Ville-Evrard, je fais maintenant quitter le quartier spécial quelque temps avant la sortie et, tout en continuant à soumettre le buveur au régime abstinant, je le place dans les services généraux, où les occasions de boire abondent, mais où en même temps le contrôle est très facile. Je tâte par là le degré de résistance du client tout en l'exerçant à triompher des occasions. Jusqu'ici aucun ne s'est laissé prendre; mais je ne me porte garant de rien, car je n'ai qu'une médiocre confiance à cet égard dans la sévérité du personnel des services généraux, qui ne relève pas d'ailleurs du service médical. Quoi qu'il en soit, je crois utile de procéder ainsi, de faire passer l'ivrogne de la

catégorie des *isolés* dans celle des *éprouvés*, avant de le livrer complètement à lui-même. Sans doute, s'il ne boit pas dans ces conditions, ce n'est que par crainte du quartier d'isolement qui l'attend et où il serait contraint de recommencer sa cure ; néanmoins l'organisme contracte l'habitude de cette résistance, et le pli étant pris, de même qu'à l'asile il était retenu par la perspective de ce quartier, au dehors il sera retenu par la perspective de l'asile spécial. Dans tous les cas, je signale ce détail à nos confrères des établissements d'ivrognes.

Les symptômes d'abstinence que j'ai décrits plus haut ne sont pas non plus à dédaigner, quand il s'agit de se prononcer sur l'opportunité d'une mise en liberté. Tant qu'ils persisteront, ils seront la preuve que l'organisme ne s'est pas encore complètement déshabitué des boissons fortes ; laisser sortir un patient dans ces conditions, c'est l'envoyer à une rechute certaine. Ces symptômes sont donc susceptibles de rendre quelques services en pareille occurrence. Et on ne saurait trop s'entourer de précautions, afin de s'assurer de la réalité de la cure et de sa solidité avant de se décider à signer l'exeat, et cela non seulement dans l'intérêt de l'alcoolique lui-même, mais encore de son entourage et de la société. Je m'explique. L'abstinence à laquelle on condamne le buveur est parfois une arme à deux tranchants ; je n'ai pas non plus trouvé signalé par nos confrères étrangers ce péril dont je me suis déjà assuré. Privé de tout alcool depuis plusieurs mois, si l'alcoolique d'autrefois se remet à boire, comme il a perdu par suite de cette longue abstinence toute résistance cérébrale aux liqueurs fortes, celles-ci ont sur son cerveau une action terrible. Est-ce parce que mes malades sont des névropathes, mais il semblerait que cet alcool, devenu une chose nouvelle pour eux, leur procure une ivresse plus agressive et plus dangereuse que par le passé. Les deux sujets qui me sont déjà revus se sont trouvés dans ce cas. Jadis ils avaient toujours été des ivrognes tapageurs et fort gueulards, mais bons enfants, ils cassaient tout dans la maison, mais ils n'auraient pas donné une chiquenaude à leur femme ; or, cette fois, l'un avait frappé son épouse de coups de couteau et l'autre avait tenté d'étrangler la sienne. Dégri-sés, ils en étaient stupéfaits. Je crains fort qu'il y ait

là un danger et je m'attends à ce que mon quartier spécial me rapporte de ce chef un surcroît d'ennuis et de responsabilité, étant donnée surtout la trop courte durée du traitement. Trois mois, deux mois même, suffisent à déshabituer complètement le cerveau à supporter la boisson ; ils sont insuffisants à en détruire le goût. J'irai même plus loin et je me demanderai si, quand l'abstinence n'est pas suffisamment prolongée, elle n'est pas plutôt nuisible, si, au contraire, elle n'aiguise pas l'appétence au lieu de l'émousser. Qu'on se souvienne des confidences du malade de M. Bosshard ; seulement, au cours du *cinquième mois*, il ressentit les bienfaisants effets du traitement. Que la cure soit donc suffisamment prolongée ou alors mieux vaudrait peut-être ne pas l'entreprendre, surtout avec des sujets névropathes. Voilà encore une raison, et des plus puissantes, de nous doter au plus vite d'une loi qui nous permette de garder les ivrognes tout le temps nécessaire à leur complète et définitive guérison.

Tous les praticiens qui ont expérimenté le traitement de l'ivrognerie et en ont sévèrement contrôlé les résultats, s'accordent à reconnaître que la guérison persiste à la condition expresse que l'ancien buveur reste totalement abstinent. M. Forel formule en ces termes ce principe, non seulement comme l'expression de son opinion, mais encore de celle de tous ses collègues sans exception des asiles spéciaux : « Une longue expérience a établi qu'un patient guéri ne peut revenir que dans les cas les plus exceptionnels à l'usage modéré des boissons alcooliques, mais bien au contraire qu'il rechute avec une certitude mathématique, c'est-à-dire qu'il redevient avant peu un ivrogne, dès qu'il veut essayer seulement d'en faire un usage modéré. » Et il conclut en disant que toute l'énergie doit se concentrer à former des *abstients pour toute la vie*. Comment arriver à ce résultat en quelques mois ? Ce n'est même pas avec un semestre de traitement qu'on réussira à transformer un vieux buveur qui, depuis des années et des années, s'est habitué aux alcools, à le transformer au point qu'il ne boive plus jamais que des sirops ou des boissons aromatiques. Ce fait très intéressant, que l'abstinence totale est la condition indispensable de la persistance de la

guérison, vient encore à l'appui de notre demande d'une cure d'au moins une année, laps de temps nécessaire pour une telle métamorphose de l'alcoolique, et partant apporte un nouvel argument à l'urgence d'une législation permettant d'isoler le sujet malgré lui et malgré sa famille. A la réflexion on comprend cette rechute quasi infailible de l'ancien buveur qui espère parvenir à limiter rigoureusement sa dose d'alcool. Que cette discipline dans la boisson soit à la portée de qui n'a aucune appétence particulière aux liqueurs fortes, soit, mais boire est pour nos sujets une volupté; or les voluptés n'ont pas l'habitude de se laisser mettre de la sorte en coupe réglée; quiconque y goûte est contraint de les épuiser jusqu'à la dernière goutte. Le buveur guéri et demi-abstinént est comme ces anciennes pécheresses repenties qui badinent avec l'amour et se piquent d'être assez fortes pour lui résister à temps; elles ne tardent guère à se livrer de nouveau à lui tout entières. Pas la moindre concession, pas le moindre flirtage, ou la défaite est certaine. M. Hirsch a rapporté, à l'appui de cette assertion, des observations très instructives de malades qui ont rechuté pour avoir commencé à user d'une bière titrée seulement à 2 p. 100.

Puisque le buveur guéri ne maintiendra sa guérison que s'il persiste dans le régime suivi pour obtenir la cure, le milieu dans lequel il se trouvera à sa sortie acquiert une importance de premier ordre. C'est ce que dit excellemment M. Bosshard en ces termes : « Le milieu dans lequel va se trouver le buveur à sa sortie est souvent décisif pour son avenir. S'il n'est pas soutenu et réconforté par des amis tempérants, il risque grandement de retomber bientôt dans ses anciennes habitudes d'ivrognerie. De là l'utilité des sociétés de tempérance pour prodiguer, à ce moment critique de l'existence, les conseils moraux et les secours matériels nécessaires. Si, au contraire, le sujet est isolé dans son abstinence, il doit livrer chaque jour contre les suggestions de son entourage, dans sa propre famille et au dehors, une lutte incessante à laquelle la plupart finissent par succomber. » Dans les grandes villes le milieu est mauvais pour l'ex-buveur décidé à rester abstinént; l'ouvrier sobre est, en effet, la risée de ses compagnons d'atelier, et il finit par

boire pour montrer qu'il a la tête aussi solide qu'un ancre; il est souvent entraîné au cabaret par son contre-maitre, auquel il n'ose pas refuser une tournée et à qui il la rend, et mille autres circonstances lui forcent la main. Il importe donc à un haut degré qu'en quittant l'établissement, le sujet soit aidé à trouver de l'ouvrage dans un centre où il sera le plus possible à l'abri de ces sollicitations malsaines. Je ne puis qu'indiquer ici en passant ces desiderata, qui relèvent des sociétés de tempérance, dont l'étude n'est pas l'objet de ce mémoire. Toutefois je signalerai encore deux points importants. En premier lieu, l'obligation pour l'alcoolique guéri d'abandonner son dernier métier, si c'est celui-ci qui l'a rendu ivrogne. J'ai parmi les malades de mon quartier spécial un nombre considérable de pères de famille dont la conduite avait toujours été irréprochable jusqu'au jour où ils eurent la malencontreuse idée, soit d'acheter un fonds de marchand de vin, soit de s'improviser livrenrs à domicile ou garçons de café. La rechute est infaillible, s'ils ne reviennent pas à leurs anciennes occupations qui les avaient laissés tempérants; ils retrouveront là les habitudes perdues et reprendront le genre de vie un moment délaissé; leur guérison se maintiendra.

Le second point est beaucoup plus délicat; il a trait à la surveillance de l'ivrogne à sa sortie. Cette surveillance, M. Crothers, au Congrès de Chicago, l'a déclarée indispensable et a demandé qu'elle fût inscrite dans toutes les législations relatives aux alcooliques. Il paraît que la loi du Connecticut l'institue pour *trois ans*. Cela me semble un peu bien excessif. La discussion de cette question qui concerne non la cure, mais la conservation de la cure du buveur, nous entraînerait trop loin et d'ailleurs elle est en dehors de notre sujet qui est thérapeutique et non législatif; toutefois nous avons cru bon de signaler les tendances actuelles à ce sujet, même dans la libre Amérique.

De cette étude que nous avons composée en très grande partie avec les données fournies par nos confrères étrangers, dont la pratique est déjà assez ancienne, et, en petite partie, avec l'expérience acquise dans le quartier spécial organisé par nous à Ville-Evrard depuis cinq mois, nous tirerons les conclusions suivantes :

I. — L'ivrogne est curable dans la proportion d'au moins un tiers.

II. — La base de la thérapeutique de l'ivrognerie est l'abstinence totale, forcée et prolongée; hors de ce moyen, il n'y a aucune guérison à espérer.

III. — L'abstinence totale, forcée et prolongée, doit avoir pour adjuvants physiques le traitement de la maladie du système nerveux dont l'ivrognerie est le symptôme, et un milieu calme où règne une discipline militaire, et comme adjuvant moral, l'enseignement, avec, autant que possible, preuves matérielles à l'appui, des conséquences épouvantables de l'alcoolisme.

IV. — L'abstinence totale doit être imposée d'emblée; le delirium tremens n'en est pas la conséquence. Les seules inconvénients constatées consistent en céphalée, fatigue générale et sueurs profuses, malaises sans gravité et insuffisants à justifier le recours à la suppression graduelle, mais dignes d'être pris en considération, car ils indiquent que l'organisme n'est pas déshabitué de l'alcool et sont une contre-indication formelle à la sortie.

V. — Il est indispensable d'habituer le buveur à l'usage d'une boisson économique qui soit tout à la fois pour lui un désaltérant et un plaisir, afin qu'il ait au dehors un moyen inoffensif et agréable de se désaltérer.

VI. — La durée du traitement devrait être d'un an au moins; dans l'immense majorité des cas, six mois sont absolument insuffisants. Ce traitement devrait comporter deux temps à peu près égaux; un temps *d'isolement* complet pour faire perdre au buveur le goût de l'alcool et un temps *d'épreuve* pour l'habituer à résister aux occasions.

VII. — Il importe d'autant plus d'assurer la réussite de la première cure par un traitement suffisamment prolongé, qu'elle est décisive. Le buveur qui rechute est condamné à rester buveur.

VIII. — Afin d'assurer la durée nécessaire à la guérison définitive du buveur, il est indispensable qu'une législation spéciale relative aux ivrognes soit votée.

IX. — Il convient de s'assurer, par tous les moyens, de la solidité de la guérison du buveur avant de le mettre en liberté, car l'abstinence prolongée peut être

une arme à deux tranchants. Déshabitué de la boisson, si celui-ci boit, il est exposé à une ivresse agressive et dangereuse.

X. — La rechute, quand elle se produit, s'opère en deux temps; le buveur guéri, avant de redevenir ivrogne, commence par être demi-abstinent; de là l'obligation de rester toujours totalement abstinént si on ne veut pas retomber dans l'ivrognerie.

XI. — La force de résistance aux occasions, loin de croître avec le temps, va au contraire constamment en diminuant.

XII. — Il est indispensable qu'à sa sortie le buveur soit placé dans un milieu favorable et soumis à une surveillance efficace. L'abandon de son métier s'impose, si c'est ce métier qui l'a rendu alcoolique.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 JUIN 1894

Présidence de M. AUGUSTE VOISIN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Maupaté, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

2° Une lettre de M. Lachaux, posant sa candidature au titre de membre correspondant (Commission : MM. Febvère, Ballet et Briand, rapporteur) ;

3° Une lettre de M. Boissier, posant sa candidature au titre de membre correspondant (Commission : MM. Bouchereau, Moreau (de Tours) et Sollier, rapporteur) ;

4° Une lettre de M. Miguel Bombarda, posant sa candidature au titre de membre associé étranger (Commission : MM. Bouchereau, Briand et Magnan, rapporteur) ;

5° Une lettre de M. Mann, posant sa candidature au titre de membre associé étranger (Commission : MM. Marandon de Montyel, Pactet et Ballet, rapporteur).

La correspondance imprimée comprend :

1° Les *Annales de psychiatrie*, numéro de juin ;

2° La *Revue de l'hypnotisme*, numéro de mai ;

3° La *Gazette du manicomio de Macerata*, n^{os} 1 et 2.

Communication relative à un individu affecté de débilité mentale et de perversions instinctives.

M. GILBERT BALLEZ. — Je désire entretenir la Société du cas d'un individu sur le sort duquel j'ai eu à me pro-

noncer dans des conditions particulièrement délicates. Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans qui a été interné un grand nombre de fois dans les asiles les plus divers et dont les actes extravagants ou délictueux ne se comptent plus. A la suite d'une dernière tentative de vol, cet individu fut dirigé sur Bicêtre, conformément à l'avis exprimé par M. Garnier qui le déclara irresponsable. M. Charpentier, dans le service duquel il fut placé, protesta contre son admission et, le considérant comme un malfaiteur vulgaire, déclara que cet homme ne pouvait être tenu pour malade et que, par suite, sa place n'était pas dans un asile. Fort embarrassé en présence des assertions en apparence contradictoires de nos distingués collègues, M. le juge d'instruction me demanda d'examiner l'inculpé et de lui indiquer le parti qu'il me semblerait légitime de prendre dans ce cas épineux. Je n'acceptai pas sans quelque hésitation la mission qui m'était confiée ; convaincu toutefois que des observateurs aussi compétents que MM. Charpentier et Garnier ne pouvaient différer d'avis sur une question de faits, mais simplement sur les conséquences à tirer de ces faits, je me décidai à me rendre à l'invitation de M. le juge d'instruction.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de vous donner connaissance du rapport que je rédigeai à cette occasion, et qui vous mettra suffisamment au courant du cas dont il s'agit.

Nous soussigné, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction Dopffer à l'effet d'examiner le nommé Fernand-Achille G..., inculpé de soustraction frauduleuse, et de dire s'il doit être considéré comme responsable des actes qui lui sont imputés, certifions avoir en notre honneur et conscience consigné dans le présent rapport le résultat de notre enquête médico-légale.

G... a été interné à l'asile de Bicêtre en vertu d'un certificat délivré par M. le D^r Garnier à la date du 18 novembre 1893 et ainsi conçu : « Débilité mentale avec perversion des instincts. Excès alcooliques. Extravagances. Stigmates nombreux de dégénérescence. G... s'est introduit dans des conditions singulières à l'asile Sainte-Anne. »

M. le D^r Charpentier, dans le service duquel G... fut placé, rédigeait, le 1^{er} décembre, le certificat de situation suivant :

« Instincts vicieux, physionomie patibulaire et par suite classé en aliénation mentale sous la rubrique de dégénéré; il simule des attaques d'épilepsie et s'en vante; a causé de graves désordres dans notre service; nous avons exprimé le désir dans notre certificat immédiat du 21 novembre 1893, que ce sujet qui n'est nullement aliéné, soit enlevé immédiatement de notre service. »

Il semble y avoir contradiction entre les avis émis par MM. Garnier et Charpentier. Toutefois la contradiction ne réside pas dans la constatation des faits, mais dans les conclusions qu'on en tire.

M. Garnier pense que l'inculpé est irresponsable et doit être interné dans un asile, M. Charpentier juge que la place de G... n'est pas dans un service d'aliénés.

Pour apprécier quelles sont les mesures qu'il convient de prendre à l'égard de cet homme, il est nécessaire de passer en revue les principaux incidents de son existence.

G... a trente-quatre ans. Nous ignorons son hérédité. Il paraît avoir été affecté de convulsions dans l'enfance. Il présente un strabisme très accusé; ses oreilles sont mal ourlées et on constate un défaut de prononciation des plus nets (blésité). Ces vices de conformation ou de fonction témoignent d'un développement défectueux de l'organisme.

De bonne heure G... a manifesté des instincts vicieux. A vingt-cinq ans, on dut le mettre à la maison de correction de la Petite Roquette où sa famille qui l'y avait placé volontairement ne le laissa d'ailleurs que peu de temps. La plus grande partie de la vie de G... s'est écoulée depuis cette époque, soit à la prison, soit à l'asile.

Cet homme a encouru deux condamnations pour vols, la première en 1882, la deuxième en 1884. Condamné chaque fois à trois mois de prison, il a subi ses peines à la Santé et à Sainte-Pélagie. Il a été interné vingt-cinq fois dans les asiles, la première fois en 1877 à l'âge de dix-sept ans. Il s'est évadé vingt fois, dont trois fois de la Sûreté de Bicêtre. Il a été tour à tour pensionnaire des asiles d'Angoulême, de Niort, d'Orléans, de Tours, de Cadillac, sans parler des asiles de la Seine.

G... ne présente aucun trouble délirant caractérisé, et il ne paraît pas en avoir jamais présenté, sauf peut-être à la suite d'excès alcooliques dont il est coutumier. Mais c'est un faible d'esprit, n'ayant qu'une conscience très incomplète de la portée des actes délictueux qu'il commet avec une remarquable imprévoyance, chaque fois que l'occasion s'en présente. Incapable de toute occupation régulière, G... n'a jamais exercé d'autre profession que celle d'infirmier, et encore d'une façon toute temporaire et transitoire. Quand il est interné, son unique préoccupation est de porter le trouble dans les services où il est et de

méditer des tentatives d'évasion. Lorsqu'il se trouve en liberté, il ne songe pour vivre qu'à voler. Connaissant particulièrement les asiles de la Seine pour les avoir souvent fréquentés, G..., dans ces dernières années surtout, semblait les avoir plus spécialement visés pour y réaliser ses projets de vol ; c'est ainsi qu'il s'est introduit subrepticement à l'asile Sainte-Anne dans le but de dévaliser le concierge, et que tout récemment il s'est rendu coupable d'un vol avec escalade à l'hospice de Bicêtre.

G... joue d'ailleurs de la folie chaque fois qu'il est pris en flagrant délit ; il invoque les certificats d'internement qui ont été, à différentes reprises, rédigés sur son compte et plaide l'irresponsabilité.

Il est d'ailleurs passé maître en fait de simulation ; il imite avec une rare habileté les accès d'épilepsie, et en a maintes fois simulé sur la voie publique pour attirer la commisération des passants.

C'est un homme excessivement dangereux, qu'on ne saurait laisser en liberté, car il est incapable de travailler et se livrera forcément, par une tendance fatale de sa nature, à des actes délictueux. Un premier point ne saurait être l'objet d'aucune contestation, G... doit être maintenu séquestré, et dans des conditions particulièrement rigoureuses, étant donnée la ténacité qu'il met à méditer des projets d'évasion et l'habileté avec laquelle il les réalise.

La question discutée est de savoir si l'on doit traiter cet homme comme un criminel de droit commun et le livrer à la justice ; ou si, au contraire, il faut le tenir pour irresponsable et le traiter en aliéné.

Nous pensons que G... doit rester pensionnaire dans un asile.

A n'envisager la question qu'au point de vue supérieur de la défense sociale, qui à la vérité n'est pas de notre ressort, nous nous permettrons de faire remarquer que les voies et moyens employés à l'égard des criminels vulgaires ne constitueraient pas, dans le cas particulier, une solution. G... mis en liberté, après l'expiration de la peine que pourrait lui mériter le dernier délit qu'il a commis, en commettra fatalement de nouveaux.

Mais nous avons à nous placer sur un autre terrain. L'inculpé est-il responsable ? Or, nous repoussons cette hypothèse. Doué d'une intelligence plus que médiocre, présentant des stigmates physiques multiples de dégénérescence, G... est la victime d'une organisation défectueuse et morbide. Chez lui le discernement est tout à fait insuffisant, et la volonté est incapable de se ressaisir de par le fait des tares originelles.

Cet homme appartient à une catégorie trop commune de dégénérés, pour laquelle il serait nécessaire d'avoir des établis-

sements spéciaux intermédiaires entre la prison et l'asile. Il serait souhaitable qu'on pût placer les tarés de cette catégorie dans des maisons de détention où ils resteraient à vie et où on les obligerait à un travail régulier.

En l'absence d'établissement de cet ordre, il ne reste, pour recevoir les dégénérés à tendances vicieuses et à instincts pervers comme G..., que les asiles. Nous sommes d'avis, en conséquence, que cet homme doit être maintenu dans un établissement de cet ordre.

CONCLUSIONS

1° G... est un dégénéré affecté de débilité mentale et présentant de nombreux stigmates physiques de dégénérescence.

2° On ne saurait le considérer comme responsable d'actes délictueux qui résultent d'une organisation manifestement défectueuse et d'un développement incomplet de son système nerveux.

3° C'est un homme essentiellement pervers qui constituera toujours un danger pour le milieu social s'il y vit en liberté.

4° En conséquence, G... doit être séquestré, et en l'état actuel de notre organisation, nous pensons qu'on ne peut le séquestrer ailleurs que dans un asile d'aliénés.

Je ne sais, Messieurs, quel parti a pris, à la suite de mon rapport, M. le juge d'instruction ; mais vous reconnaîtrez, je pense, avec moi, qu'en demandant l'envoi de G.... dans un asile, M. Garnier avait raison au double point de vue de la préservation sociale et de la justice : au point de vue de la justice, il ne me paraît pas qu'il fût légitime de déclarer irresponsable un homme affecté d'une débilité mentale accusée (je ne parle pas des tares physiques) et absolument incapable de peser la portée et de prévoir les conséquences de ses actes. Quant à la préservation sociale, les tribunaux jugent d'après la gravité du délit plutôt que d'après le degré de nocuité de l'auteur ; livré à la justice, G... en eût été quitte pour une peine plus ou moins longue, temporaire dans tous les cas, et n'eût pas manqué, au sortir de prison, de se livrer à de nouveaux méfaits.

Mais si, au point de vue pratique, je suis obligé de partager l'avis de M. Garnier, je ne puis pas cependant donner tort à M. Charpentier. Il est incontestable que la place d'infirmités tels que G... ne devrait pas être dans un service d'asile, affecté par destination, au moins théoriquement, au traitement de malades.

Que faire alors de ces dégénérés pervers qui constituent pour la société à la fois une charge et un péril? Les éliminer par la relégation? Ce serait une solution à examiner. Mais peut-être serait-il à la fois plus humain (et ces victimes d'une organisation défectueuse ont droit à être traités avec quelque humanité), plus humain et plus pratique de créer pour ces infirmes des établissements spéciaux, qui seraient intermédiaires à la prison et à l'asile, et dans lesquels la société obtiendrait, par un travail obligatoire, une rémunération au moins partielle des sacrifices qu'elle ferait pour ces tristes pensionnaires.

Je ne méconnaissais pas les difficultés que soulève la réalisation d'une pareille solution; il n'est pas douteux, par exemple, qu'il serait nécessaire de faire intervenir la magistrature qui seule a le pouvoir de décréter en l'espèce l'internement définitif.

Mais il me semble aussi légitime et non moins nécessaire de se protéger d'une façon efficace contre les *fous moraux* incurables que contre les *persécutés chroniques*.

M. CHRISTIAN. — La question de M. Ballet est une des plus embarrassantes à résoudre. Il s'agit d'un individu qui reste sur la limite du crime et de la folie. Si, dans le doute, on le lâche, il recommence. Je ne suis pas de son avis sur les mesures à prendre contre de tels individus, et je crois que des asiles spéciaux ne remédieraient pas aux défauts de notre organisation. Il faudrait dire en même temps que les gens qu'on y met doivent y passer toute leur vie. Or, pour un simple vol, ou un scandale quelconque, il sera impossible d'obtenir qu'on les y maintienne. On les relâchera, et à la sortie ils recommenceront, de sorte qu'on se trouvera dans la même situation qu'à l'heure actuelle. Il faudrait les faire travailler, mais de quel droit?

Voici ce qui se passe plus d'une fois dans mon service.

Un jeune homme a été un mauvais sujet jusqu'à vingt ans; puis il s'engage. Tout va bien d'abord, puis il fait des sottises, toujours les mêmes, fuites, abandon d'armes, etc. On le punit d'abord, puis un beau jour on l'envoie à Charenton. Au bout de peu de temps, n'ayant plus de troubles délirants, je suis obligé de le renvoyer.

Il retourne au régiment, et une fois placé dans le même milieu, il recommence.

L'an dernier, j'ai eu un cas analogue. C'était un jeune homme qui, à la suite d'une punition au régiment, se jette d'un second étage. Puis, ayant pris une pleurésie, il est envoyé au Val-de-Grâce. Là il a du délire et est interné à Charenton. Une fois guéri, qu'en faire? Je fais un certificat concluant à la nécessité de le réformer. Mais on le renvoie à son régiment, où, séance tenante, on lui fait continuer les trois semaines de prison qu'il avait à faire avant d'être malade. De nouveau il se jette par une fenêtre et on le réforme enfin.

J'ai eu un autre jeune marin, déserteur, ayant fait une tentative de suicide, qui arrive à Charenton dans un état de folie complète. Très impulsif, il manque un matin de se casser la tête. Sorti, il retourne sur son bateau, et est en train de recommencer à faire des sottises. Que faire? Je serais tenté d'être de l'avis de M. Charpentier.

M. GILBERT BALLEZ. — Les cas que vient de rapporter M. Christian viennent à l'appui de ma thèse. Avec les individus de cette espèce il n'y a aucune solution bonne aujourd'hui. Les punir, M. Christian vient de nous en montrer l'inefficacité. Je sais qu'on n'obtiendra pas facilement ce que je demande, mais il faudrait évidemment orienter dans ce sens ceux qui ont charge de juger : or, la magistrature croit à l'efficacité de la peine, à la responsabilité. Il faudrait aussi faire pénétrer ces idées en aliénation mentale qu'à côté des délires il y a des folies d'instincts, d'actes, et que les gens qui en sont atteints sont beaucoup plus dangereux que les autres. Ce qu'il faut dire bien haut, c'est qu'il existe des individus qui sont inaptes à vivre en société, qui sont dangereux, et contre lesquels il faut se prémunir. Ce que je voulais faire ressortir, c'est qu'actuellement nous sommes désarmés contre eux.

M. BRIAND. — Le nouveau projet de loi sur les aliénés comble cette lacune, car il dit que tout individu déclaré irresponsable est renvoyé devant le tribunal civil réuni en chambre du conseil qui l'envoie dans un asile d'Etat, où le médecin, après longue observation, doit non seulement ne pas le faire sortir s'il a du délire, mais même s'il le juge capable de recommencer, et il repasse devant

la même chambre du Conseil si le renvoi est demandé. Faut-il des asiles d'Etat ou des quartiers spéciaux dans les asiles? On penche aujourd'hui vers les asiles d'Etat, malgré les considérations sentimentales que cela soulève.

M. VALLON. — Je suis partisan des asiles-prisons. L'asile doit se rapprocher le plus possible de l'hôpital. Or ces individus constituent une cause de trouble permanent dans les asiles, et il en résulte que l'asile devient une sorte de prison plutôt qu'un hôpital.

C'est en disant qu'on n'obtiendra rien contre cet état de choses qu'on n'obtiendra rien en effet. Pour ma part, chaque fois que j'ai un rapport à faire dans des cas semblables, je ne manque pas de signaler la nécessité des asiles-prisons et bien des magistrats commencent à comprendre la chose.

M. CHASLIN. — Je crois que M. Ballet au point de vue théorique tranche trop facilement. Il faut prendre la question sous un autre jour et considérer que ces individus sont avant tout des nuisibles. Ce qu'il faut, c'est insister auprès des magistrats pour que la distinction entre le malade et le dangereux ne se fasse qu'après jugement.

M. GILBERT BALLE. — Je me suis mal exprimé sans doute, car je ne voulais pas parler de la criminalité. Je crois qu'il ne faut pas sortir de notre rôle, et que nous ne devons pas agiter devant les magistrats la philosophie de la criminalité. Sur le terrain du danger social, c'est ce que nous devons faire en médecine légale, et je me refuse toujours de répondre à la question de la responsabilité. Nous ne pouvons nous placer sur le terrain de la nocuité sociale qu'autant qu'elle relève d'une défectuosité d'organisation du sujet. C'est ce point qui doit primer le reste.

M. CHASLIN. — Je suis de l'avis de M. Ballet, et c'est pourquoi je dis que le médecin ne doit intervenir qu'après que le magistrat a jugé si l'individu est nuisible ou non. M. Ballet dans son rapport a regardé son malade comme irresponsable, et c'est pourquoi j'ai pensé qu'il établissait une distinction entre les criminels responsables et les fous moraux irresponsables.

M. GILBERT BALLE. — Je ne demande pas mieux qu'on procède comme le désire M. Chaslin. M. Chris-

tian reconnaît la nécessité de mesures à prendre, mais n'a pas de solution. Je crois, comme M. Vallon, qu'il faut formuler des desiderata. Il faut montrer que ces individus sont des individus anormaux, anti-sociaux, dont personne ne veut se charger. Il faut répéter cela sur tous les tons.

M. CHASLIN. — Oui, mais où les mettre?

M. CHRISTIAN. — Nous sommes tous du même avis. Mais je crois que la solution des asiles-prisons n'est pas pratique. Ils ne seraient utiles qu'à la condition d'y maintenir à perpétuité. Mais le médecin ne peut jamais dire que cela est nécessaire, car ces sujets ne délirent pas, et cependant ne guérissent pas.

M. VALLON. — Vous enfermez bien un idiot. Pourquoi ne pas maintenir à perpétuité un dégénéré moins profond qui commet sans cesse des délits?

M. BRIAND. — Je trouve que le système préconisé par M. Chaslin est dangereux, en laissant faire au sujet la preuve par sa récidivité de délits, de son incapacité à vivre en société. Tel dégénéré qui a volé hier, tuera demain. M. Chaslin veut essayer de la punition telle que le magistrat l'applique.

M. CHASLIN. — Je voudrais que le magistrat apprécie d'abord que l'individu est nuisible et que le médecin n'intervienne qu'après l'incorrigibilité reconnue.

M. JOFFROY. — Le mot « incorrigible » soulève toute une question. C'est un point extrêmement difficile de dire si un individu est incorrigible ou non. Théoriquement, nous sommes tous d'accord pour dire que ces individus incorrigibles sont à mettre de côté. Pratiquement, comment faire? Nous ne pouvons pas toujours nous prononcer sur l'incorrigibilité après une première faute. Ne pourrait-on pas dire à ces sujets que si, après une première incartade, ils recommencent, on les internera à perpétuité? Ils savent bien qu'une fois reconnus irresponsables ils peuvent faire tout ce qu'ils veulent. Le jour où des aliénés de ce genre sauront que s'ils recommencent on les internera, ils y regarderont à deux fois. Ceci ne servirait qu'à ceux qui sont sur la limite, et que la crainte du châtiment pourrait encore maintenir.

La séance est levée à cinq heures et demie.

P. SOLLIER.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1894

Présidence de M. Aug. VOISIN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

A propos du procès-verbal.

M. CHARPENTIER, qui n'a pu assister à la séance précédente et entendre la communication de M. Gilbert Ballet, demande à donner lecture de deux rapports concernant le malade dont a parlé son collègue. De ces deux rapports, le premier est une réponse à une lettre du 5^e Bureau (bureau des aliénés) de la Préfecture de Police; le second répond au rapport même de M. Ballet. Voici ces deux documents :

I. — G... est un sujet des plus dangereux pour l'ordre, la morale et la sécurité publique; à cet égard, je suis d'accord avec M. Ballet, mais je n'ajouterai pas comme le rapporteur « parce qu'il est incapable de travailler », car à Bicêtre, quand il l'a voulu, sur la promesse d'être proposé pour être mis en liberté, il a travaillé avec persévérance et, actuellement, il travaille encore; je n'ajouterai pas non plus « qu'il commettra des actes délictueux par une tendance fatale de sa nature », mais bien par une tendance volontaire.

Il aurait dû être livré à la justice, bien qu'une fois sa peine expirée, il eût pu commettre de nouveaux délits; il a d'ailleurs, ainsi que l'indique le rapport de M. Ballet, au moins deux condamnations, et les motifs de ses vingt-cinq séquestrations ont été probablement autant de motifs de condamnation, auxquels il s'est soustrait grâce à ses « stigmates physiques » qui, d'après le rapport de M. Ballet, se réduisent à trois : strabisme, oreilles mal ourlées, blésité; celle-ci est d'ailleurs bien moins accentuée que les deux autres. Ces stigmates, même réunis sur un même sujet, sont compatibles avec un notable degré d'intelligence; si ces stigmates réunis ou la réunion d'autres stigmates analogues sur un même sujet suffisaient pour établir un développement insuf-

fisant du système nerveux, et si ce développement insuffisant devenait un critérium d'irresponsabilité, il ne resterait plus qu'à faire passer dans les asiles d'aliénés la population des prisons qui ne conserveraient plus que des Apollon et des Vénus de Milo.

II. — G... est responsable, car ses stigmates physiques se réduisent à trois, car son intelligence « n'est pas médiocre », elle se borne à n'être pas cultivée, et cela de par ses mœurs ; il est vigoureux, il n'est jamais malade ; son discernement est loin d'être insuffisant, ainsi qu'en témoignent ses évasions, ses délits, son esprit d'observation, son talent à travestir en autant de calomnies les faits qu'il aperçoit ou les paroles qu'il entend, ainsi que l'indique aussi le rapport de M. Ballet. Ce rapport fait ressortir que « G... joue de la folie chaque fois qu'il est pris en flagrant délit, invoque ses nombreux certificats d'internement, plaide l'irresponsabilité, est d'ailleurs passé maître en simulation et simule avec une rare habileté les accès d'épilepsie ». Les tares originelles de G..., qui se réduisent à ses trois stigmates physiques, ne rendent pas « sa volonté incapable de se ressaisir ». Il nous a au contraire prouvé son degré de volonté par sa persévérance dans le travail sur la promesse d'être mis en liberté, par son énergie dans l'élémente de Bicêtre en mai 1890, par l'obstination qu'il a mise à nous cacher des faits qui nous étaient mal connus, quand il avait intérêt à ce que nous ne les connaissions pas, par la « tenacité », indiquée dans le rapport de M. Ballet, qu'il a mise à méditer et exécuter ses projets d'évasion, par son affirmation actuelle souvent répétée de ses intentions de commettre de nouveaux délits quand il pourrait être rendu à la liberté.

III. — La question connexe soulevée dans le rapport de M. Ballet, d'établissements spéciaux intermédiaires à la prison et à l'asile, pour recevoir G... et les autres, même mise en pratique, ne trancherait pas la difficulté à moins d'un article de loi empêchant le médecin traitant de le considérer comme non aliéné.

En résumé, tout en rendant témoignage de haute estime scientifique à M. Ballet et à son rapport, tout en constatant que la différence de nos conclusions s'explique par la différence des milieux dans lesquels, en raison

des différences de nos fonctions, M. Ballet et moi avons observé G..., voici mes conclusions personnelles :

1° G... n'est pas un aliéné.

2° G... est responsable de ses actes.

3° G... est un sujet des plus dangereux s'il est mis en liberté.

4° G... doit être mis en liberté, en vertu de la loi de 1838, car il n'est pas aliéné.

C'est à l'administration de la préfecture de police éclairée par notre rapport, qu'il incombe d'empêcher par des moyens que nous n'avons pas qualité pour proposer, d'empêcher que G... commette de nouveaux délits.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Hannion faisant hommage de sa thèse et sollicitant le titre de membre correspondant de la Société. — Commission : MM. Marandon de Montyel, Febvre et Vallon, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Les Annales de psychiatrie*, n° de juillet.

2° *La Revue de l'hypnotisme*, n° de juin.

Don de M. Aug. Voisin à la Société médico-psychologique.

M. le Secrétaire Général. — Messieurs, notre honorable président me charge d'une mission qu'il m'est doux de remplir : Vous savez que le prix Moreau (de Tours), qui est de 200 fr. et doit être décerné tous les deux ans, a été constitué par une rente de 100 francs en 4 1/2 p. 100. Par suite de la conversion du 4 1/2 en 3 1/2, cette rente se trouve abaissée à 77 francs de rente par an. Notre excellent collègue, M. Aug. Voisin, en souvenir de son maître, Moreau (de Tours), et aussi en reconnaissance de son élévation à la présidence de notre Société, a voulu combler le déficit produit par la conversion, afin que le taux du prix fondé en mémoire du savant aliéniste de la Salpêtrière, ne fût pas diminué. Les cent francs de rente 4 1/2 p. 100, avant la con-

version, donnaient en capital 2,333 fr. 35 ; M. Aug. Voisin a acheté cent francs de rente 3 0/0 actuel, au prix de 3,371 fr. 65, et il a comblé la différence entre le prix d'achat et la vente du 4 1/2. Il fait donc à la Société un don de 1,038 fr. 30.

Messieurs, je suis sûr que vous partagerez mes sentiments sur cet acte de générosité de notre cher Président, et je crois être votre fidèle interprète en lui exprimant toute notre bien sincère et vive reconnaissance.

Inauguration des bustes de Baillarger et de Falret.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, vous avez tous assisté à l'inauguration des bustes de Baillarger et de Falret à la Salpêtrière ; je suis convaincu que cet honneur solennel rendu à deux de nos plus illustres collègues restera gravé dans notre souvenir, dans celui de tous ceux qui ont assisté à cette fête de la science et de la reconnaissance. La plupart de nos invités de province, moins heureux que nous, n'ont pu prendre part à cette solennité ; ils ont tenu à exprimer soit par lettre, soit par télégramme, leurs regrets ainsi que leur admiration pour les maîtres que nous honorions. Nous citerons entre autres M. Constans, inspecteur général honoraire des asiles d'aliénés : MM. Henry Bonnet et Espiau de Lamaestre, médecins-directeurs honoraires des asiles ; M. le professeur Brouardel, doyen de la faculté de médecine de Paris ; M. Millard, médecin des hôpitaux ; M. P. Ladame, de Genève, membre associé étranger de la Société ; M. Chaput, chirurgien de la Salpêtrière ; MM. Faucher, Paris, Ph. Rey, et un grand nombre d'autres médecins en chef et médecins directeurs d'asiles en province.

Enfin, messieurs, je terminerai cette longue énumération en vous donnant lecture de la lettre que Madame Baillarger a adressée à notre Président :

La Jonchère, 27 juillet 1894.

Monsieur le Président.

Je ne veux pas laisser passer la dernière séance de la Société médico-psychologique sans vous exprimer toute ma gratitude de ce que vous avez fait pour honorer la mémoire de mon cher

mari. Je vous prie de vouloir bien être mon interprète auprès des membres de la Société et de leur dire combien mes enfants et moi sommes touchés et reconnaissants de cet hommage si spontané, rendu au caractère, aux travaux de M. Baillarger.

La cérémonie à laquelle vous nous avez conviés, par les discours éloquents qui y ont été prononcés, restera pour nous un souvenir ineffaçable.

Veuillez bien, M. le Président, agréer l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

C. BAILLARGER.

M. VALLON. — Messieurs, dans notre séance de mai dernier, vous avez, sur la proposition de M. Joffroy, voté un crédit illimité à la commission de l'inauguration des bustes de Baillarger et de Falret à la Salpêtrière. En ma qualité de secrétaire de cette commission, je viens vous rendre mes comptes. Les dépenses ont été de 473 fr. 25, qui se décomposent ainsi qu'il suit :

Timbres-poste	38,20
Lunch à la Salpêtrière.	298,60
Supplément au banquet	52,50
250 cartes d'invitation et enveloppes	20,45
150 lettres d'invitation	13,50
A M. Malherbe, statuaire, pour retouches au piédestal	50,00
TOTAL.	473,25

La commission avait, comme vous vous le rappelez, demandé un crédit de 300 francs : ce crédit a été dépassé ; nous devons remercier M. Joffroy de nous avoir obtenu un crédit illimité. Nous avons fait notre possible pour ne pas outrepasser les pouvoirs qui nous avaient été confiés.

M. RITTI. — Au chiffre des dépenses il faudra ajouter le prix du tirage à part du compte rendu de la cérémonie, qui paraîtra dans le prochain numéro des *Annales*, et qui est destiné à être distribué aux souscripteurs du buste de Baillarger.

Sur un pseudo-attentat anarchiste.

M. RIST. — Il s'agit d'un fait-divers dont les journaux ont entretenu leurs lecteurs, il y a environ trois

mois. Un jeune homme, afin d'obtenir de l'avancement dans une administration dont il était employé, prétendit avoir sauvé le bâtiment où il travaillait, et ses habitants, des dangers d'une explosion, et, pour appuyer son dire, apporta une bombe chargée dont il prétendit avoir éteint la mèche en temps opportun.

Cette supercherie avait été combinée d'une façon si grossière que l'intégrité des facultés mentales du délinquant fut mise en doute. J'eus l'occasion de l'observer deux fois dans sa prison, et je constatai que j'avais affaire à un déséquilibré que l'on pourrait même taxer de demi-imbécile. Je suis convaincu que les idées de crimes anarchistes hantaient depuis longtemps l'esprit de X... et que ce n'est que par timidité et par un reste de conscience qu'il a transformé un vrai crime en une innocente supercherie.

A cette occasion, j'appellerai l'attention sur l'intérêt qu'il y aurait à publier dans les journaux spéciaux le plus grand nombre possible de cas analogues (cas fréquents dans les prisons), afin d'en former un faisceau de faits imposants qui permettraient d'étudier avec fruit l'histoire de ces sujets éminemment suggestibles.

Les renseignements fournis par la famille ne permettent pas de considérer X... comme un héréditaire. Dans ses antécédents personnels, on relève anciennement quelques idées vagues de persécution, depuis longtemps dissipées. Etant donnés les motifs d'intérêt (avancement) qui ont poussé X... à simuler un attentat anarchiste, étant donnés surtout son degré d'éducation, les bons exemples qu'il avait sans cesse sous les yeux dans le milieu où il vivait, j'ai conclu à sa responsabilité atténuée, en raison de sa demi-imbécillité. X... a été condamné à un an de prison.

M. VALLON. — Y a-t-il eu un rapport médico-légal?

M. RIST. — Oui, concluant à un état de demi-imbécillité.

M. VALLON. — Ce serait un déséquilibré. On ne peut le rapprocher de Henry, qui était très intelligent.

M. RIST. — C'est précisément ce que j'ai voulu dire.

M. VALLON. — Les individus qui se sont crus poursuivis autrefois par les jésuites, etc., étaient des aliénés qui empruntaient à leur milieu leurs conceptions déli-

rantes ; actuellement les anarchistes ne rentrent pas dans cette catégorie.

M. RIST. — Les persécutés ont pris, en effet, leur délire dans le milieu où ils vivaient ; mais la littérature malsaine peut donner des idées fausses. Mon malade est un vaniteux, je ne puis l'appeler un persécuté.

M. CHARPENTIER. — Ce n'est pas le moment de rassembler, ainsi que le demande M. Rist, de tels documents. Que le groupe de malades dont il s'agit soient des persécutés ou des imbéciles, peu importe, ils ne resteront pas à l'asile. Le malade de M. Rist a été condamné à un an de prison, cela sera favorable à son état mental. S'agit-il, dans ce cas, d'un imbécile ? Il est impossible de le croire. Ce serait trop élargir le cadre de l'imbécillité que d'y faire entrer une certaine faiblesse de jugement, et en tout cas on ne saurait point ne pas condamner de tels individus.

M. RIST. — Il ne s'agit pas de le soustraire à la justice ; j'ai été enchanté de sa condamnation.

M. CHRISTIAN. — Je ne prends pas la défense de l'individu en question ; mais c'est l'interprétation du fait pour lequel il a été poursuivi qui me paraît différente. X... était un employé modeste, il souffrait de sa situation ; il avait le désir d'arriver plus haut par un coup d'éclat, et c'est pour cette raison qu'il s'est servi d'une bombe véritable, c'est pour se faire valoir qu'il a agi ainsi. Je comparerais plus volontiers ce fait aux inventions dont se vantent si souvent les hystériques. J'ai vu un malade de bonne éducation, avec quelques dehors brillants, qui a fait ainsi des inventions multiples et qui en ferait encore s'il n'était sous la discipline de Charenton.

M. RIST. — C'est bien aussi par vanité et par désir d'arriver que X... a commis son acte ; mais j'ai recherché vainement chez lui les stigmates hystériques.

Sur le fonctionnement et l'organisation de l'asile des aliénés criminels de Gaillon.

M. H. COLIN. — Gaillon est l'infirmerie des aliénés des prisons, on y détient non pas des aliénés devenus criminels, mais des criminels devenus aliénés dans le cours de leur détention. Au point de vue numérique, le

service de surveillance y est très bien organisé. Les surveillants (des gardiens de prison) y sont répartis dans la proportion de 3 pour 10 ou 12 malades ; ces gardiens sont doublés par des auxiliaires ; on arrive ainsi à une surveillance exercée par une personne pour deux malades. Il est regrettable que les auxiliaires soient des condamnés en cours de peine, comme cela existe du reste à l'Infirmerie du Dépôt de la Préfecture de police, avec les mêmes inconvénients.

Le régime alimentaire est excellent et, à ce point de vue comme à celui de la surveillance, l'organisation de Gaillon est bien supérieure à celle de la majorité des asiles de province.

Il est fâcheux que les aliénés ne travaillent pas, car la moitié de ces aliénés étant épileptiques et innocents, le temps se passait pour eux en tentatives de rixes, provocations, échanges de propos grossiers. J'ai commencé à organiser le travail. La tâche m'a été relativement facile, car le travail est bien rémunéré. Le prix de la journée de travail est à Gaillon de 1 fr. 25 par jour ; cette rémunération est considérable, comparée au pécule journalier de la Seine, soit 0 fr. 30 à 0 fr. 40, et surtout à celui des aliénés de province, soit 0 fr. 20 à 0 fr. 10. C'est là un vif encouragement au travail, car cela permet à ces malades de s'offrir à la cantine des douceurs qu'ils ignoraient jusqu'ici. Malgré tous ces avantages, on ne rencontre que bien rarement des simulateurs. L'immense majorité des pensionnaires de Gaillon provient des prisons de province ; peu viennent de Paris ; la raison en est qu'à Paris les prévenus sont, bien plus facilement qu'en province, l'objet d'expertises médico-légales. Guéri au point de vue mental, l'aliéné ne sort de Gaillon qu'à l'expiration de sa peine ; si, à cette même époque, il est encore un irresponsable, il doit être transféré dans un asile public ; mais on rencontre alors des difficultés considérables pour placer ces malades, car en province c'est à qui leur refusera l'entrée de l'asile.

Par conséquent, que le malade s'améliore ou non, l'état de choses actuel est pour lui déplorable, et la responsabilité du médecin me semble gravement engagée dans les deux cas.

M. MOTET. — Qu'il me soit permis de dire que M. Colin a oublié l'origine de Gaillon. Il n'y avait rien auparavant pour les aliénés reconnus tels au cours de l'instruction. Cet asile a été un progrès, mais ce progrès est encore incomplet. Je suis convaincu de la nécessité d'un ou de plusieurs asiles d'aliénés criminels, ou devenus aliénés au cours de leur peine ou pendant l'instruction. Ces trois variétés de malades doivent se retrouver à Gaillon. Ce sont des aliénés et, de plus, plus dangereux que ceux des autres asiles, et c'est pour cela qu'il était nécessaire d'avoir quelque chose de plus que la Sûreté de Bicêtre. M. Colin désire le travail pour ces malades, mais le travail chez eux est beaucoup plus difficile à diriger. Il faudrait rendre à l'asile ceux de ces malades qui sont devenus inoffensifs ; pour ceux qui restent dangereux après leur peine, il faut les retenir dans le même asile, et de plus y conduire les aliénés les plus dangereux des autres asiles.

Dans le projet de loi, il y a un article consacré à cette question, et j'espère qu'il en sortira quelque chose.

M. CHARPENTIER. — Je comprends la possibilité d'un asile d'aliénés criminels, mais quelles mesures légales seront appliquées à ces sujets ? On y mettra tous les sujets qu'on voudra, de sorte que bientôt ces asiles spéciaux seront semblables aux autres asiles. Il faudrait d'abord étudier la série des malades qui seront justiciables de ces asiles criminels. Et ce sera au médecin à juger, si, au bout de longues années, les malades pourront sortir.

M. MOTET. — Les entrées et les sorties seront faites par la justice après la déclaration du médecin.

La séance est levée à six heures.

KLIPPEL.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX AMERICAINS

The alienist and neurologist.

ANNÉE 1891.

I. — *L'ivresse au point de vue criminel*; par le D^r T. L. Wright (numéro de janvier). — L'opinion soutenue dans cet article n'est commune ni en Amérique, ni ailleurs. Le D^r Wright estime que l'homme étant ivre, il est irresponsable, au même titre qu'un aliéné, et que son état est une véritable aliénation mentale; qu'on doit le tenir pour irresponsable alors même que son ivresse serait volontaire. Dans ses conclusions, il donne un argument qui, pour n'être pas irréfutable, n'en est pas moins spécieux. Pourquoi, dit-il, la loi proclamerait-elle la responsabilité de l'ivrogne, alors qu'elle ne fait rien pour empêcher l'intoxication des individus par l'alcool et même qu'elle semble favoriser l'ivrognerie en facilitant l'abus des boissons alcooliques? Pourquoi punir l'individu d'avoir succombé à des tentations qu'on a volontairement laissées se multiplier devant lui?

II. — *La folie dans la race de couleur aux Etats-Unis*; par le D^r A. H. Witmer (numéro de janvier). — Au moment où ce mémoire a été publié, les résultats du recensement de 1890 n'étaient pas encore connus. L'auteur n'avait à sa disposition que ceux des recensements de 1870 et 1880, qui marquaient un accroissement considérable de la folie parmi les hommes de couleur; en 1870, 1,822 aliénés sur 4,880,009 individus; en 1880, 6,157 sur 6,580,793. Depuis lors, sans doute, la proportion n'a fait que s'accroître, de l'avis de tout le monde. L'accroissement est attribué surtout aux effets de l'émancipation des nègres, à la vie plus active et plus fiévreuse qu'elle leur a laissé prendre au milieu de la civilisation. Les formes morbides les plus communes sont la manie et la mélancolie simple; la paralysie progressive est de plus en plus fréquente, mais revêt surtout la forme démente, sans idées de grandeur. Le suicide est rare. Les effets de l'hérédité sont encore peu marqués. Les guérisons sont en même proportion que chez les blancs.

III. — *L'évolution du délire sous l'influence des conceptions impératives*; par le D^r Jas. G. Kiernan (numéro de janvier). —

Considérations intéressantes sur la manière dont les idées délirantes et même les hallucinations, peuvent se développer sous l'influence d'impressions diverses qui s'imposent complètement à l'esprit et prennent en quelque sorte le caractère d'obsession. Le phénomène s'observe d'ailleurs chez des individus non aliénés, et le D^r Kiernan cite, entre autres, le cas de Pascal. Dans les cas de ce genre, des troubles sensoriels de toute sorte viennent réagir sur le malade et lui font croire qu'il est soumis à des influences auxquelles ils ne peut se soustraire. Les idées délirantes ainsi développées aboutissent aux altérations de la personnalité.

IV. — *Quatre-vingt-dix cas de démence paralytique*; par le D^r G. R. Trowbridge (numéro d'avril). — L'auteur rappelle que la folie paralytique n'est pas connue aux États-Unis depuis plus de quarante ans. Les 90 cas dont il s'occupe, sont la quotité sur 3,518 admissions faites à l'asile de Dawille, proportion bien inférieure à celle de tel asile de New-York où, sur 2,297 hommes, on comptait 284 paralytiques. Des 90 en question, il y avait 77 hommes et 13 femmes. Tous les genres de profession y sont représentés. La cause que le D^r Trowbridge regarde comme la plus habituelle est l'alcoolisme; il admet également l'influence de la syphilis, ainsi que celle de l'hérédité. La plus longue durée de maladie qu'il relève, pour le séjour à l'asile, est sept ans; la plus courte, huit jours.

V. — *Le physique et le mental*; par le D^r C. H. Hughes (numéro d'avril). — De nombreuses considérations sur ces deux éléments mènent à reconnaître leur complète union, telle que l'intelligence ne peut se manifester que par le corps. Dans les maladies mentales, c'est le corps qui est malade. Les progrès de la science ont déjà montré que dans la plupart de ces maladies, le cerveau est malade; nul doute qu'ultérieurement on arrivera à y découvrir quelques lésions d'un genre ou d'un autre dans tous les états de folie.

VI. — *Folie de la puberté*; par le D^r G. R. Trowbridge (numéro d'avril). — Elle a deux degrés différents. Dans l'un, il y a simple déséquilibre mental, légère et temporaire. Dans l'autre, qui est à proprement parler la forme vésanique, on voit se produire des déviations mentales plus ou moins profondes et une maladie généralement incurable.

La grande cause de la folie de la puberté est l'hérédité; comme facteurs adjuvants, on peut signaler les habitudes vicieuses de l'enfance, les excès de travail intellectuel et aussi,

ce qui est souvent la faute des parents, le manque de répression des caprices et des entraînements du caractère.

En général, la maladie se présente sous la forme maniaque. Elle a une grande tendance à devenir chronique, avec alternances d'excitation et de dépression. La perversion morale y est fréquente.

ANNÉE 1892.

I. — *L'art chez les aliénés*; par le D^r Jos. G. Kiernan (numéro d'avril). — Il n'est pas rare de trouver des aliénés capables de faire des travaux vraiment artistiques, peinture ou sculpture; les imbéciles et les malades atteints de délire partiel sont ceux qui montrent le plus d'aptitudes. En général, cependant, en ce qu'ils font de bien, ils ne savent que copier. Livrés à eux-mêmes, ils produisent des choses grotesques où tout est fantastique, exagéré; les hallucinés introduisent dans leurs productions des emblèmes symbolistiques, en rapport avec leur délire; ils sont enclins à prendre de préférence des emblèmes d'obscénité, ou encore à peindre des scènes impudiques.

Le mémoire du D^r Kiernan est illustré de gravures curieuses.

Il se termine par une réflexion judicieuse.

« Dans l'art comme dans la littérature des aliénés, on trouve la preuve que la folie gâte le génie, au lieu de le créer. » Cela est bien plus vrai que de dire que le génie est en quelque sorte le père de la folie.

II. — *Projet de classification de la folie*; par le D^r C. G. Chaddock (numéro d'avril). — Ceci n'est qu'une simple note, sans développements suffisants pour justifier la proposition de l'auteur qui estime que toutes les maladies mentales peuvent se rapporter à l'un des groupes suivants : folie d'origine fonctionnelle; folie d'origine organique; folie d'origine à la fois fonctionnelle et organique; folie de dégénérescence.

III. — *Un cas de manie transitoire*; par le D^r Théodore Diller (numéro d'avril). — Un homme de vingt-huit ans, n'ayant jamais eu la syphilis, ne faisant pas d'excès d'alcool avait toujours été de bonne santé. Il vivait avec sa mère qu'il aimait tendrement. En mars 1891, il eut la grippe épidémique qui guérit promptement. A une de ses premières sorties, se sentant un peu fatigué, il prit un verre de whisky au cours de sa promenade, puis il rentra chez lui. A ce moment, sa mère remarqua son état de fatigue, lui offrit de la bière, mais ne vit

en lui rien d'extraordinaire, sinon qu'il était taciturne. Une demi-heure à peine s'était écoulée qu'il se précipita inopinément sur sa mère, la frappant avec violence. Il se retourna alors contre des voisins qui étaient intervenus, l'accusant les uns et les autres de vouloir le tuer. Il criait qu'on l'avait empoisonné. On eut grand'peine à le contenir et à lui administrer des calmants. Le lendemain, il était parfaitement remis et disait qu'il ne se souvenait de rien. Il était désolé de l'état de sa mère et d'autant plus que la malheureuse succomba deux jours après aux blessures qu'elle avait reçues. On ne lui avait jamais reconnu la moindre tare épileptique, larvée ou apparente.

IV. — *Folies consécutives à l'épuisement, aux fièvres, aux coups et blessures, aux opérations chirurgicales, à la parturition, etc.*; par le Dr John Ferguson (numéro de juillet). — A moins qu'on ne veuille faire une classification étiologique des maladies mentales, on ne peut, d'après les faits observés, dire qu'il y ait une entité spéciale pour les maladies qui surviennent dans les circonstances indiquées. On y trouve, en effet, des formes variées, et surtout la manie, la mélancolie, la confusion mentale ou la démence primitive. L'épuisement qui est dû à chacune des causes indiquées est le seul élément propre à ces diverses formes. Les tentatives qui ont été faites pour les grouper sont restées sans résultat, inutiles comme les désignations imaginées pour couvrir un groupe unique. D'ailleurs, en réalité, la cause est variable, et suivant les cas on trouve une intoxication d'un genre ou d'un autre, de l'épuisement simple, ou une maladie cérébrale organique. C'est dans ce dernier cas seulement que le pronostic est toujours défavorable. Les meilleurs moyens de traitement sont les toniques, l'isolement et le repos.

Dix-sept observations viennent à l'appui des considérations qui précèdent.

V. — *Lois de périodicité dans l'alcoolisme*; par le Dr T. D. Crothers (numéro de juillet). — La périodicité est un des phénomènes non des moins mystérieux, mais cependant des plus intéressants, dans les maladies et les dégénérescences du cerveau et du système nerveux. La folie circulaire, la migraine, les accès épileptiques sont les phénomènes de ce genre les plus habituels; à côté d'eux se place la propension intermittente à l'ivrognerie ou dipsomanie.

On peut distinguer trois classes d'aliénés dipsomanes.

Dans les deux premières, les individus sont également inconscients de leur tendance et se mettent à boire sans se rendre

compte de ce qu'ils font. Ce qui les distingue, c'est que dans une catégorie la crise de dipsomanie survient d'une manière inopinée, tandis que dans l'autre elle est précédée d'une période prémonitoire, d'un malaise plus ou moins prononcé. Dans la troisième catégorie, les individus se mettent à boire parce qu'ils s'imaginent qu'ils en ont besoin.

Les uns et les autres, la crise commencée, peuvent passer par les mêmes phénomènes, troubles des facultés mentales, hallucinations, délire, agitation paroxystique. Ils sont également aptes à aboutir à la mélancolie persistante, au suicide, à la paralysie générale.

Assurément, la périodicité dans leur état est due à un trouble fonctionnel du cerveau.

La plupart des dipsomanes ont des tares héréditaires, auxquelles l'épuisement nerveux, les troubles de nutrition, des circonstances diverses viennent donner l'impulsion déterminante.

La dipsomanie n'est point incurable; mais elle réclame un traitement régulier.

Au point de vue médico-légal, les dipsomanes présentent un grand intérêt; car ils commettent souvent des actes répréhensibles. Mais on ne peut poser de règle générale à leur égard, et le cas de chacun d'eux demande à être examiné en particulier.

VI. — *Trouble mental dans la névrite généralisée*; par le Dr Edward D. Fisher (numéro de juillet). — Cette névrite, qui est le plus souvent d'origine alcoolique, semble être ce que nous appelons paralysie ascendante, puisque, d'après la description du Dr Fisher, elle se distingue avant tout par de la paralysie, l'affaiblissement et la perte des réflexes, et, dans les cas graves, les membres supérieurs se paralysent ultérieurement à leur tour. Dans cet état moribide, il y aurait toujours du trouble mental, caractérisé spécialement par la perte de la mémoire des temps et des lieux, de l'incohérence dans les idées, quelquefois des illusions et des hallucinations; phénomènes indiquant que le cerveau participe aux lésions d'ensemble de la maladie.

VII. — *Deux cas d'amnésie rétro-antérograde*; par le Dr J. T. Eskridge (numéro de juillet). — Le premier concerne une femme de quarante ans qui, à la suite d'un accident, tomba dans une sorte d'inconscience comateuse où elle resta environ quatre semaines, et qui, plus tard, en reprenant possession d'elle-même, avait perdu le souvenir des faits qui s'étaient passés dans les vingt-cinq jours antérieurs et de ceux qui

s'étaient passés dans les quarante-cinq jours postérieurs à l'accident. L'autre cas, très détaillé, est l'histoire d'un homme de soixante ans, qui eut, en 1878, deux attaques assez rapprochées dont la seconde amena des troubles variés qui persistèrent assez longtemps, perte de connaissance, obtusion mentale, dépression assez profonde, troubles sensoriels, hémiplegie gauche. Tout cela s'amenda peu à peu et finit par disparaître. Mais cet homme perdit le souvenir des faits survenus dans les trois ou quatre années qui avaient précédé son accident, et n'eut presque aucun souvenir de ceux qui se passèrent dans les seize ou dix-sept années suivantes. Le D^r Eskridge, en étudiant son histoire, arriva à être pleinement convaincu de la réalité de cette amnésie. Le fait était très important, car il s'agissait de régler judiciairement une transaction passée depuis une vingtaine d'années, dont l'individu n'avait parlé à personne, faute de s'en être souvenu, et dont le contrat n'avait point été observé par la partie adverse, qui avait profité de l'oubli. Le D^r Eskridge ne dit point la solution que les tribunaux donnèrent à l'affaire.

VIII. — *Insomnie chez un enfant*, par le D^r C. H. Hughes (numéro de juillet). — Curieuse histoire d'une fillette de cinq semaines qui, sans aucune maladie apparente, et quoique fort bien allaitée, restait des nuits entières sans dormir, elle restait tranquille dans son lit, sans crier le moins du monde; on était obligé de lui donner quelques centigrammes de chloral et de bromure de potassium. Sa mère, femme extrêmement nerveuse, avait eu un peu de trouble mental au cours de la gestation. Quelque temps après, l'enfant se mit à avoir un sommeil naturel.

IX. — *État mental de Berkman, agresseur de M. H. C. Frick*; par le D^r Théodore Diller (numéro d'octobre). — Berkman, condamné à vingt-deux ans de réclusion, pour tentative d'assassinat contre un homme qui dirigeait une entreprise importante, mais avec lequel il n'avait jamais eu de relations, semble avoir été un de ces individus, fort bien décrits par le D^r Régis, qui, obéissant à un mysticisme exalté, se croyant appelés à venger l'humanité, commettent sans autre motif les plus graves attentats. Une fois arrêté, Berkman se montra très indifférent, et à aucun moment il ne prit le moindre souci de sa défense.

ANNÉE 1893.

I. — *Démence paralytique et syphilis*; par le D^r Jas. G. Kiernan (numéro de janvier). — Dix observations d'individus qui, étant déjà atteints de folie paralytique, contractèrent un chancre

syphilitique ou d'autres accidents vénériens. Ces individus étaient presque tous antérieurement des hommes de vie régulière. La syphilis peut-elle dans ces cas-là être regardée comme la cause de la paralysie générale ? Reste, il est vrai, la question de réinfection.

II. — *Folie traumatique* ; par le Dr A. C. Girard (numéro d'avril). — Un soldat, âgé de cinquante et un ans, ayant vingt-quatre ans de service, fut un jour frappé violemment à la tête par une pièce de bois. Il perdit connaissance. Quelques jours plus tard il eut une première attaque d'épilepsie, avec convulsions surtout à gauche. L'attaque passée, il resta affaibli. A ce moment on remarqua de l'inégalité pupillaire. Plus tard, l'intelligence déclina rapidement, les attaques devenant de plus en plus fréquentes. Il eut ensuite des hallucinations, de l'agitation maniaque, de l'embarras de la parole. On l'interna dans l'asile d'aliénés de Washington, où il mourut deux ans après son accident. — A l'autopsie on ne trouva aucune altération du crâne ; pas d'adhérence des méninges ; la pie-mère était seulement un peu opaque ; les ventricules étaient distendus ; l'épendyme avait des granulations.

L'observation serait plus concluante au point de vue de l'influence du traumatisme, si l'état mental de l'individu avant l'accident avait été déterminé.

III. — *Mal de Bright et folie* ; par le Dr E. D. Bondurant (numéro d'avril). — Treute observations font la base de ce mémoire. Mais les recherches du Dr Bondurant ont porté sur 124 malades ; chez 97 d'entre eux il a trouvé plus ou moins d'albumine, avec ou sans autres signes de trouble dans la fonction rénale. Les formes de maladie mentale présentées par ces différents individus, dans 85 cas de néphrite bien caractérisée, comprennent 31 cas de mélaucolie plus ou moins marquée, 19 cas d'agitation maniaque, 27 cas de démence. Sur le même nombre de malades il n'y eut que 19 guérisons.

IV. — *La jalousie morbide* ; par le Dr Dimitri Stephanowski (numéro de juillet). — La jalousie se rencontre souvent chez des aliénés qui présentent maint autre signe de maladie mentale. Mais quelquefois aussi elle constitue presque à elle seule le trouble d'esprit ; elle se présente alors comme une sorte d'obsession qui domine les idées, les tendances et les actes des individus. Cet état peut s'appeler l'hyperesthésie de la jalousie. Il a sa manifestation contraire dans une sorte d'auesthésie ou de paresthésie du même sentiment, surtout chez des hommes qui

sans la moindre jalousie voient leurs femmes se livrer à autrui, se prostituer, et vont même jusqu'à les y pousser pour profiter de leur débauche.

V. — *Procès de Joséphine Mallison Smith, au point de vue médico-légal et psychologique*; par le D^r Edward C. Mann (numéro de juillet). — Joséphine Mallison Smith avait commis un meurtre. La défense invoquait pour elle qu'elle était aliénée. Des tares héréditaires nombreuses pesaient sur elle; dès l'âge de quatorze ans elle avait commencé à montrer de la perversité morale; elle était d'un nervosisme extrême; elle avait de véritables impulsions; pendant quelque temps même elle avait été hallucinée. — Le ministère public n'admettait pas ce moyen de défense. Le procès devient curieux en ce que, au dernier moment, il y eut entre les deux parties une sorte de compromis; la défense renonça à réclamer le bénéfice de l'irresponsabilité; le ministère public écarta le chef de préméditation, et l'inculpée fut condamnée à douze ans de détention, avec cette mention spéciale qu'elle subirait sa peine dans un asile d'aliénés. — Ceci s'est passé à Philadelphie.

VI. — *L'érotisme morbide*; par le D^r C. H. Hughes (numéro d'octobre). — Il y a des cas où la perversion sexuelle, notamment l'amour de deux individus d'un même sexe l'un pour l'autre, doit être considérée comme morbide. Le D^r Hughes examine quelques-uns de ces cas. L'état morbide est mis en évidence par des tares; par des troubles mentaux d'un genre ou d'un autre. Lorsque la question de folie se présente, au point de vue médico-légal, pour les individus pervers dont il s'agit, elle est souvent délicate et difficile à résoudre, et ne peut être résolue que par des médecins expérimentés.

VII. — *Folie causée par l'abus du chanvre indien*; par le D^r Thomas Ireland (numéro d'octobre). — Dans quelques pays s'est introduite l'habitude de fumer le chanvre indien, comme en d'autres on fume l'opium. Il en est qui, comme la Trinité, ont édicté des pénalités sévères pour empêcher les abus à cet égard. Il est certain que cette plante peut causer des troubles graves, parfois analogues au delirium tremens. Le D^r Ireland rapporte trois observations où est survenue de la maladie mentale: dans un cas, légère excitation, avec impulsion au meurtre; dans un autre, mélancolie aiguë avec hallucinations et tentances au suicide; dans le troisième, concernant une femme de trente-quatre ans, manie aiguë bientôt dégénérée en démence.

VICTOR PARANT.

BIBLIOGRAPHIE

Aliénation mentale syphilitique. Leçons cliniques; par M. le professeur Mairet, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, médecin en chef de l'asile public de l'Hérault. 1 vol. in-8°. Paris, G. Masson, 1893.

M. le professeur Mairet consacre tous les ans plusieurs leçons cliniques à l'étude des rapports qui peuvent exister entre les divers états généraux morbides et la folie. Aujourd'hui, il publie celles de ces leçons qui ont trait aux rapports pathogéniques de la syphilis avec l'aliénation mentale. Plusieurs d'entre elles ont été faites il y a plus de trois ans, il les publie cependant telles qu'elles ont été conçues et exposées parce que, dit-il, depuis lors rien n'est venu infirmer sa manière de voir; ce qu'il a observé n'a fait, au contraire, que la confirmer.

Syphilis et aliénation mentale: c'est la question du jour. Question complexe et difficile, et qui n'est pas résolue encore en tous ses points, quoi qu'en disent les partisans convaincus de la doctrine à la mode, de la paralysie générale maladie syphilitique. Cette doctrine n'est pas nouvelle, elle a déjà été soutenue autrefois, puis elle a sommeillé longtemps, pour ainsi dire, et s'est réveillée de nos jours. Il faut, du reste, reconnaître qu'elle a rapidement fait une fortune brillante. Et cependant, il existe encore des observateurs réfractaires même aux statistiques les plus triomphantes. Ceux-là continuent à croire que la paralysie générale est une entité nosologique véritable. Ils ne s'expliquent pas qu'on veuille en faire une maladie syphilitique, parce que, de l'avis unanime, on rencontre des paralytiques qui ne sont ni syphilitiques, ni hérédosyphilitiques.

C'est là un argument d'une logique mathématique et par suite irréfutable. On le sent bien, et c'est pourquoi on a cherché à le tourner, et on a dit que la paralysie générale était une maladie *parasyphilitique* (παρὰ, avec la signification, je suppose, de proche voisin). Une telle proposition jure, ce me semble, avec les données de la pathologie générale classique, et,

malgré le nom du savant qui l'a formulée, on ne peut accepter, dans l'état actuel de la science, une classe de maladies *presque syphilitiques*. Une maladie est, ou n'est pas, syphilitique, de même qu'elle est, ou n'est pas, tuberculeuse, lépreuse, etc.; mais elle ne peut être presque syphilitique, presque tuberculeuse, presque lépreuse.

En réalité, de tous les efforts des défenseurs de la doctrine moderne, de toutes les statistiques, même de celles qui ont été dressées pour les besoins de la cause, la seule déduction réellement scientifique à tirer est celle-ci : la paralysie générale est une unité nosologique; la syphilis est une condition favorable à son éclosion. — Eh bien, je suis très heureux de pouvoir le dire, et c'est la raison de la digression qui précède, un aliéniste de la valeur de M. le D^r Mairet enseigne depuis longtemps, qu'il n'y a rien de syphilitique dans la paralysie générale, et tous les travaux récents n'ont fait que le confirmer dans cette opinion.

Mais dans le livre de M. Mairet il ne s'agit pas seulement de l'étiologie de la paralysie générale, la question *aliénation mentale syphilitique* y est traitée sous tous ses aspects, d'une façon concise mais complète cependant. L'auteur reste toujours exclusivement clinicien, et il se garde de toute conception prématurée, ayant soin de rappeler, à différentes reprises, qu'il expose l'état actuel de nos connaissances, mais qu'il ne préjuge pas de l'avenir. Si en bien des points les idées qu'il professe sont celles de la majorité des aliénistes, son œuvre ne manque pourtant pas, tant s'en faut, de données inédites qu'il défend très heureusement, et toujours au moyen d'arguments tirés de l'observation rigoureuse des malades. C'est ce que fait bien voir la simple énumération des différents chapitres de son livre.

La première leçon est consacrée à l'exposé de la syphilis cérébrale, symptomatologie et anatomie pathologique, c'est un point de repère pour les démonstrations qui suivent. Dans les leçons suivantes sont étudiés les rapports pathogéniques de la syphilis avec la folie simple. M. Mairet nie la réalité de la folie simple syphilitique. « La vérole ne donne pas naissance à la folie simple. » Un accès de folie simple peut bien coïncider avec la syphilis, il peut même être la conséquence des tourments et des craintes causés au malade par la maladie infectieuse qu'il a contractée, mais un tel accès n'est pas l'expression réelle de la syphilis localisée au cerveau. Il existe pourtant

de nombreuses psychopathies de nature véritablement syphilitique, seulement elles ne rentrent pas dans le cadre des folies simples. Elles s'accompagnent, en effet, d'un plus ou moins grand nombre des symptômes, d'ordre sensitif ou moteur, qui, avec la démence, caractérisent la syphilis du cerveau, et qui ont précisément été étudiés dans la première leçon. Les folies syphilitiques sont donc, en résumé, des démences syphilitiques.

On arrive ici au chapitre : Syphilis et paralysie générale, et voici les idées de notre auteur sur ce point si intéressant de la médecine mentale : L'aliénation mentale à laquelle donne lieu la syphilis se localisant du côté du cerveau peut, à un moment donné de son évolution, revêtir la physionomie de la paralysie générale. Malgré cette apparence symptomatique, la syphilis ne peut pas donner naissance à la paralysie générale, l'évolution et l'anatomie pathologique de ces deux affections comparées ensemble ne permet pas une pareille conclusion.

Les dernières leçons, et elles remplissent plus de la moitié du livre, ont pour objet l'exposé méthodique de la folie syphilitique, c'est-à-dire de la démence syphilitique. La folie syphilitique a des prodromes très importants, au point de vue du diagnostic, puis le délire éclate souvent brusquement. Ce délire peut persister seul pendant longtemps, ce qui constitue une grande exception et peut en imposer pour une folie simple. Il finit toujours par se compliquer, à un moment donné, de quelques-uns des symptômes caractéristiques des lésions cérébrales : démence, paralysies localisées, etc. Il a lui-même plusieurs caractères particuliers assez délicats à faire saisir par une simple description, mais que les cliniciens connaissent bien : la tendance à l'alternance, des hallucinations, de la cénesthésie dont le point de départ réside dans quelque douleur viscérale ou périphérique, les idées de grandeur, etc. L'affection, abandonnée à elle-même, aboutit généralement, et assez vite, à la mort; mais le traitement spécifique a sur elle une influence remarquable, et assez souvent il amène une guérison plus ou moins complète.

On voit, par ce résumé succinct, que toutes les parties importantes de la question, aliénation mentale syphilitique, ont été successivement étudiées par l'auteur. Il est cependant un chapitre un peu incomplet peut-être, c'est celui qui a trait à l'anatomie pathologique de la syphilis cérébrale; il y manque la relation des derniers travaux de M. le professeur Raymond, sur les lésions nerveuses et méningiennes de la méningo-encé-

phalite diffuse, qui seraient, d'après lui, de véritables lésions syphilitiques. Il ne pouvait, du reste, en être autrement, les recherches histologiques de M. Raymond ont paru dans les *Archives de neurologie* cette année, en 1894, alors que le livre de M. Mairet était publié déjà depuis plusieurs mois (1893).

J'ai lu d'un trait les leçons cliniques du savant et laborieux professeur de Montpellier, tous les aliénistes le liront avec le même intérêt. Je les crois très utiles aussi aux médecins praticiens qui ne se sont pas spécialisés dans l'étude de la médecine mentale, parce qu'elles sont écrites très clairement et que, comme je l'ai déjà fait remarquer, elles sont d'ordre exclusivement clinique et ne comportent que bien peu de dissertations théoriques. Pour ma part, enfin, je m'associe à toutes les conclusions de l'auteur.

CAMUSET.

Hydrotherapy in treatment of nervous and mental diseases (Hydrothérapie dans le traitement des maladies nerveuses et mentales); par le D^r Frederick Peterson: Broch. in-8°. New-York, 1893.

C'est à la suite d'une visite dans les principaux asiles d'Europe, où l'auteur admira beaucoup les différentes installations hydrothérapiques, qu'il s'efforça de perfectionner chez lui ce puissant moyen thérapeutique. Ses résultats n'ont fait que l'encourager dans cette voie, et leur résumé, qu'il publie aujourd'hui, me semble un excellent memento d'hydrothérapie dont je traduirai presque littéralement certains passages.

Pour lui, le meilleur bain est celui qu'il a vu à Vienne. Il se compose d'une chambre par personne avec cabine adjacente où peut se tenir le baigneur. Une douce pluie à basse pression tombe sur le malade qu'elle mouille de la tête aux pieds et s'écoule sur un plancher imperméable et dans les égouts. L'installation d'une série de chambres analogues ne lui semble pas bien difficile et ses moindres avantages sont d'éviter les accidents tels que brûlures, suicide, etc.

A portée de cette section se trouvent les appareils à douches, une chambre à air chaud, de la glace pour refroidir l'eau en été, des bains de pied, bains de sièges, etc. Il emploie beaucoup aussi le drap mouillé et ce qu'il appelle le demi-bain : dans une baignoire contenant cinq ou six pouces d'eau à 65° et

75 degrés Fahr. clapote le malade pendant qu'un infirmier le frictionne. Un tel bain pris chaque matin produit de très bons effets stimulants et exhilarants.

Règles générales. — 1° Les bains froids et chauds affectent le système nerveux central par action réflexe en stimulant les nerfs de la peau et les vaso-moteurs. Le froid excite l'irritabilité nerveuse, le chaud la diminue.

2° Des bains froids de peu de durée, combinés avec la douche, la pluie et les frictions, sont stimulants et toniques.

3° Les bains chauds, d'air ou de vapeur chauds et le drap mouillé sont calmants et soporifiques.

4° Un bain froid stimule les réflexes et en particulier les réflexes viscéraux.

5° Les bains chauds, en diminuant l'irritabilité des nerfs périphériques, exerceront une action calmante sur le système nerveux central.

6° Les applications froides à la peau stimulent les vasodilatateurs, dilatent les vaisseaux périphériques et accroissent la pression sanguine. — Les applications chaudes dilatent les capillaires superficiels, mais, en diminuant le tonus des parois vasculaires, réduisent la tension artérielle.

7° Pour diminuer l'irritabilité des nerfs d'une région ou du système nerveux général, les bains chauds prolongés et le drap mouillé sont indiqués.

8° Comme les différents moyens thérapeutiques tendent à réduire la température, il est important, chez les malades non fébriles, anémiques ou débilités, d'élever artificiellement leur température avant le bain. Dans certains cas la température du corps au lever suffit. D'autre fois il est bon de mettre le malade dans une chambre chaude.

INDICATIONS ET MÉTHODES. — Se déduisant des règles ci-dessus :

Produisent des effets toniques et calmants : un bain froid (50° à 70° Fahr.), le patient se frictionnant lui-même pendant le bain ; durée, de cinq à dix secondes, et le demi-bain à 65 ou 75 degrés Fahr., de dix à trente minutes.

Produisent des effets toniques, révulsifs et dérivatifs : la douche froide ou la douche écossaise. Elles sont indiquées dans les formes léthargique et hystérique de la folie, partout où il y a paresse de l'intelligence, apathie, stupeur ou catalepsie, dans la mélancolie et dans tous les cas où se présentent l'anémie, la chlorose ou des troubles gastriques.

Produisent le sommeil : les bains chauds (70° à 90° Fahr.) prolongés; durée, une demi-heure à deux heures. Le malade peut être suspendu dans un hamac. Indiqué dans la mélancolie avec excitation et dans quelques cas de manie. Drap mouillé.

La manie est calmée par les bains chauds et le drap mouillé, auxquels il est bon d'adjoindre la duboisine ou l'hyosciamine, suivant les cas, etc...

Application de l'hydrothérapie dans les maladies nerveuses. J'en détache les principaux paragraphes :

Epilepsie. — La pluie froide ou l'éponge mouillée peuvent être favorables, appliqués sans exagération cependant.

Dans certains cas, le « demi-bain » pris matin et soir peut rendre des services. Quand l'accroissement de la tension sanguine des vaisseaux cérébraux est évidente, la calotte froide est bonne.

Durant l'attaque, deux traitements, applicables selon les indications :

1° La face est pâle et le malade présente des signes d'une anémie cérébrale, on applique des compresses mouillées chaudes sur la tête et dans la région génitale, accompagnées de frictions sur le tronc, le malade étant couché tête basse et les bras en l'air;

2° Il y a turgescence des vaisseaux céphaliques, on appliquera des compresses froides sur la tête, le cou, la région génitale, et on fouettera les pieds d'un puissant jet d'eau froide, la tête étant maintenue élevée.

Hystérie. — *Dans le cas d'éréthisme* : drap mouillé (60° à 70° Fahr.) une heure ou plus, suivi de massage ou de la pluie à 75 à 65 degrés Fahr. pendant trente secondes.

Dans le cas de dépression : affusions d'eau froide pendant que le malade est dans l'eau chaude ou dans l'air chaud, suivis du bain-pluie à 85 degrés dont on réduit graduellement la température jusqu'à 60 et 50 degrés en augmentant la pression.

Spermatorrhée : bains de siège froids de cinq à vingt minutes (50° à 70°) contre-indiqués dans l'irritabilité sexuelle avec pollutions actives, où les bains chauds et les bains de siège chauds (90° à 98°) sont plutôt indiqués.

« Finalement, dit l'auteur, ai-je besoin de dire que les neurologistes et aliénistes qui voudront appliquer l'hydrothérapie devront y apporter une précision qui est absolument nécessaire,

aussi minutieuse que dans la prescription des médicaments. Toute violation des principes ou négligence des méthodes déterminées par une longue expérience est certainement suivie de résultats malheureux. » Son conseil sera peut-être plus utile qu'il ne le pense.

D^r JOURNIAC.

Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Aerzte und Studierende (Diagnostic des maladies mentales pour médecins praticiens et étudiants); par le D^r R. Sommer, privat-docent à l'Université de Würzburg. 1 vol. in-8° avec 24 grav. Vienne et Leipzig. Urban et Schwarzenberg, 1894.

Comme l'auteur l'indique dans son introduction, ce livre n'est ni un traité, ni un compendium, mais bien un guide pratique destiné à l'enseignement de la méthode du diagnostic psychiatrique. L'auteur s'efforce, autant que cela est possible, de remplacer l'examen clinique par l'analyse critique de cas soigneusement observés. Son livre sera surtout utile à ceux qui ont déjà reçu l'enseignement clinique de la psychiatrie.

Le plus grand écueil à éviter pour le praticien c'est de rapprocher dans une même catégorie les troubles psychiques qui offrent une certaine analogie symptomatique superficielle. Une malade, par exemple, a des idées hypocondriaques; on le déclarera d'emblée atteint d'hypocondrie, tandis qu'un examen plus approfondi aurait fait découvrir des symptômes tabétiques et un affaiblissement des facultés mentales qui n'auraient laissé aucun doute sur la paralysie générale. L'examen somatique du malade, ainsi que la recherche de la pathogénie des symptômes psychiques, sera toujours de première importance pour le diagnostic.

Afin de réagir contre cette cause habituelle d'erreurs diagnostiques, l'auteur a choisi des types d'observations cliniques pour chaque genre de maladie mentale. Il donne ces observations en exemple et discute leur diagnostic différentiel. Il divise les maladies mentales en deux grandes catégories : celles qui s'accompagnent de lésions anatomiques cérébrales, morphologiques ou chimiques, et celles qui n'offrent pas de lésions appréciables, les psychoses proprement dites. De nombreuses illustrations, fort bien choisies, reproduisent certains types caractéristiques, absolument inédits, et facilitent beaucoup l'étude pratique de ces cas.

Les graphiques pour la forme de la tête et du crâne sont relevés d'après la méthode du professeur Rieger sur une feuille divisée en centimètres carrés. On en trouvera plusieurs dans le chapitre consacré à la microcéphalie.

L'auteur insiste avec raison sur la nécessité de reconnaître de bonne heure dans la pratique privée les symptômes de la paralysie générale, afin de prévenir à temps les conséquences malheureuses de cette terrible maladie pour la famille ou la société. Il énumère les premiers troubles psychiques et les signes somatiques au moyen desquels on peut diagnostiquer la paralysie générale au début. Il montre surtout combien on se trompe lorsqu'on croit, avec la majorité des médecins, que les idées de grandeur sont la caractéristique de cette maladie qui s'annonce au contraire par les troubles mentaux les plus variés, de l'intelligence ou du caractère.

Le Dr Sommer cherche avant tout à faire comprendre que la pathogénie des psychoses est beaucoup plus importante à considérer pour le diagnostic que le tableau symptomatique. Il y revient à diverses reprises. La folie hallucinatoire par exemple (*hallucinatorische Wahnsinn*) peut être le symptôme de plusieurs maladies mentales (intoxications, etc.), et avant de poser le diagnostic de cette forme de psychose il faut éliminer toutes les affections dont elle peut être symptomatique (l'épilepsie, l'alcoolisme, la paranoïa, etc.). De même, dans la manie et dans la mélancolie. Dans cette dernière les idées délirantes sont parfois si manifestes, que l'auteur propose pour ces cas un groupe nouveau « la *melancholia paranoïdes* ». Toutes les variétés de folie hystérique sont traitées sous le nom d'états psychogènes !

Le dernier chapitre traite des psychoses dégénératives, et l'auteur termine par les obsessions et impulsions pathologiques, dans lesquelles il fait rentrer celles dont le malade ne reconnaît pas la nature morbide et n'a pas conscience de l'état. Il nous paraît avoir singulièrement élargi le cadre de la folie obsessionnelle et impulsive. Il y range la folie morale, le délire des querélants, les perversités sexuelles de toute espèce et un bon nombre de criminels, en un mot, tous les antisociaux chez lesquels les instincts impulsifs ne trouvent aucune résistance morale intérieure. On voit combien cette définition diffère de celle que les auteurs français donnent des obsessions, spécialement des thèses posées au Congrès de 1889 par M. Falret, et des opinions défendues par M. Magnan. Aussi l'auteur admet-il une étroite parenté

entre les obsessions, la mélancolie et la paranoïa. Il donne comme exemples d'obsessions des cas de mélancolie et rapproche la folie du doute de la paranoïa, qui en est, selon lui, souvent la suite. Il nous a paru que ce chapitre manquait un peu de la netteté et de la clarté qui distinguent les autres.

Nous ne pouvons que recommander, non seulement aux psychiatres, mais à tous les médecins praticiens, la lecture de ce livre instructif, qui leur servira de guide et leur sera très utile pour le diagnostic des cas de maladies mentales qui se présentent journellement dans l'exercice de la médecine.

LADAME.

Anomalie sexuali. Autopederastia e pseudonanismo (Anomalies sexuelles. Autopédérastie et pseudo-masturbation); par le D^r Louis Frigerio. Turin, 1893.

Sous l'appellation suggestive, mais peu exacte d'*autopédérastes*, l'auteur met en scène quelques-uns de ces individus qui, par déviation d'instinct, s'adonnent à la masturbation anale. L'instrument employé varie dans les limites les plus étendues. Pour n'envisager que les faits rapportés ou rappelés par M. Frigerio, nous relevons, tantôt une baguette de bois brut, « grosse comme le pouce », tantôt le pilon d'un mortier à sel (diamètre, 0^m,05); ici, certain horloger vient à égarer dans les profondeurs de son rectum le poids en fer d'une pendule (0^m,05); là, un propriétaire campagnard choisit le jour où il marie sa fille pour s'asseoir, — dans un paroxysme de liesse, probablement, — sur le fond d'un verre à boire (0^m,06) et... l'absorber; cet ustensile de ménage ne fut rendu à sa destination première que grâce à la taille périnéale.

Quant aux *pseudo-masturbateurs*, ce sont des raffinés qui substituent au *modus agendi* vulgaire l'emploi de corps étrangers; ils se nommeraient aussi bien les fantaisistes de l'onanisme. X... engage sa verge dans un anneau métallique, ce qui amène le sphacèle de l'organe. N... se chatouille l'urètre avec une épingle à cheveux qui finit par lui échapper et gagne la vessie; même accident survient à Z... avec un fétu de paille. R..., lui, s'introduit dans le canal cinq ou six haricots et se plaît à les voir sauter au loin, sous l'effort du jet spermatique; tant il réédite l'expérience que l'un de ces *fayots*, poussé trop avant, franchit le col vésical et détermine la formation d'un calcul.

La série comprend aussi quelques personnes de l'autre sexe,

dont une, notamment, bourre son vagin de papier fortement tassé.

M. Frigerio voit dans les deux ordres d'observations qu'il étudie la preuve d'un état morbide caractéristique: autopédérastes et pseudo-masturbateurs se comportent en dégénérés; et ce qui, dit-il, confirme cette opinion, c'est, d'un côté, leur indifférence à la douleur, leur insensibilité relative; de l'autre, la facilité avec laquelle guérissent les lésions soit accidentelles, soit opératoires, dont ils sont victimes. Ils participent, en ce sens, du criminel et de l'aliéné.

D^r NICOLAU.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Le sentiment et la pensée et leurs principaux aspects physiologiques. Essai de psychologie expérimentale et comparée; par André Godfernaux, docteur ès lettres. 1 vol. in-8° (224 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1894.

— Verslag omtrent het Krankzinnigengesticht te Buitenzorg over het jaar 1892, benevens eine korte geschiedenis diër inrichting sedert hare oprichting (Rapport sur le service des aliénés de Buitenzorg pour l'année 1892, avec un court historique de l'établissement depuis sa fondation); par le L. B. P. Ledebor, médecin-directeur. 1 vol. in-8° de 170 pages avec planches. Batavia, 1894.

— Introduction à la psychologie expérimentale; par Alfred Binet, avec la collaboration de MM. Philippe, Courtier et V. Henri. 1 vol. in-12 (147 pages avec gravures dans le texte) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1894.

— Note sur la folie infectieuse d'origine blennorrhagique; par le D^r A. Cullerre. 4 pages in-8°. Extrait de la *Vendée médicale* du 1^{er} mai 1894.

— The relation of the patellar tendon-reflex to some of the ocular reflexes found in general paralysis of the insane (Relation du réflexe patellaire avec quelques-uns des réflexes oculaires observés dans la paralysie générale); par le D^r Charles-A. Oliver. 4 pages in-8°. Extrait de *The medical News*, novembre 1893.

— Psicopatia blenorragica; par le prof. Silvio Venturi, directeur du manicomio provincial de Ginifalco. Broch. in-8° de 18 pages. Extrait de la *Riforma medica*. Naples, avril 1894.

— Il solfato neutro di duboisina nei malati di mente (Le sulfate neutre de duboisine dans les maladies de l'esprit); par les D^{rs} R. Tambroni et L. Cappelletti, du manicomio provincial de Ferrare. Broch. in-8° de 104 pages. Extrait du journal *Il manicomio moderno*, 1893.

— Rapports et mémoires sur le sauvagement de l'Aveyron, l'idiotie et la surdi-mutité; par Itard, avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve, éloge d'Itard par Bousquet, préface par Bourneville. 1 vol. in-8° de 200 pages, avec le portrait du sauvage. Paris, bureaux du *Progrès médical*, 1894.

— Di alcuni lavori artistici eseguiti da alienati. Contributo allo studio dell' arte nei pazzi (De quelques travaux artistiques exécutés par les aliénés. Contribution à l'étude de l'art chez les fous); par les D^{rs} Gianditimo Angelucci et Arnaldo Pieracini, du manicomio provincial de Macerata. 1 vol. petit in-4 avec photographies. Macerata, 1894.

— Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner les propositions de loi: 1° de MM. Joseph Reinach et Ernest Lafont sur le régime des aliénés; 2° de M. Georges Berry tendant à autoriser les départements à placer dans les familles les déments séniles, les idiots, les gâteux; par Ernest Lafont, député. 1 vol. in-4° de 254 pages. Paris, imprimerie de la Chambre des députés, 1894.

— Etats mélancoliques et urticaire. Contribution à l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales; par le D^r L. Déricq. Broch. in-8° de 11 pages. Extrait des *Annales de la polyclinique de Paris*, avril 1894.

— De l'emploi des injections brown-séquardiennes chez les aliénés mélancoliques; par P.-C. Cordier, ancien interne d'asile d'aliénés. Broch. in-8° de 64 pages. Thèse de Paris, 1894.

— The etiology of osseous deformities of the head, face, jaws and teeth (Étiologie des déformations osseuses de la tête, de la face, de la mâchoire et des dents); par le D^r Eugène S. Talbot, 2^e édit. 1 vol. in-8° cart. à l'anglaise de 487 pages avec planches et gravures dans le texte. Chicago, W.-T. Keener Company, 1894.

— La paralysie générale; par V. Magnan et Paul Sériex. 1 vol. in-8° (194 pages) de l'*Encyclopédie scientifique des aides-mémoire*. Paris, G. Masson et Gauthier-Villars et fils, s. d.

— Contribuição para o estudo dos microcephalos (Contribution à l'étude des microcéphales); par le professeur Miguel Bombarda, directeur de l'hôpital des aliénés de Rilhafolles. 1 vol. in-8° avec planches. Lisbonne, 1894.

— Note sur un cas de sialorrhée épileptique; — Note sur l'influence tératogène des isocalcools; — Note sur l'influence des vapeurs mercurielles sur le développement de l'embryon du

poulet, etc.; par le D^r Ch. Féré. Broch. in-8° de 16 pages. Extrait des *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, mars, avril, mai 1894.

— Il delinquente paranoico omicida. Comunicazione fatta all' VIII Congresso della Società freniatria italiana in Roma (Le délinquant paranoïque homicide. Communication faite au VIII^e Congrès de la Société phrénia trique à Rome); par le D^r Franciseo del Greeo, médecin du manicomio de Nocera. Broch. in-8° de 24 pages. Extrait de *La Scuola positiva*, 31 mars et 15 avril 1894.

— Psychiatrie für Aertzte und Studirende beerbeitet (Psychiatrie à l'usage des médecins et des étudiants); par le D^r Th. Ziehen, professeur à l'Université d'Iéna. 1 vol. in-8° de 478 pages avec planches. Berlin, Friedrich Wreden, 1894.

— La psychologie de l'amour; par Gaston Danville. 1 vol. in-12 (180 pages), de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1894.

— Eloge du D^r Jules Cotard, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 30 avril 1894; par le D^r Ant. Ritti. Broch. in-8° de 36 pages. Paris, imprimerie Maretheux, 1894.

— Asile départemental d'aliénés de Dijon. Rapport médical, compte moral et administratif présenté pour l'année 1894; par le D^r Samuel Garnier, médecin-directeur. Broch. in-8° de 92 pages avec planches. Dijon, 1894.

— Ein Gump in der Vierhügelgegend (Une gomme dans la région des tubercules quadrijumeaux); par le D^r Georg. Ilberg, médecin de l'asile d'aliénés de Sonnenstein, près de Pirna (Saxe). Broch. in-8° de 40 pages avec fig. Extrait de l'*Archiv für Psychiatrie*, t. XXVI, fasc. 2.

— Melaneonia della moglie prodotta dalla sterilità del marito (Mélancolie de la femme prodnite par la stérilité du mari); par le D^r G. Peli. 4 pages in-8°. Extrait du *Bolletino della scienze mediche*, Bologne 1894.

— Rapports de l'hystérie et la folie; par le D^r Gilbert Ballet. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Session de Clermont-Ferrand, 1894. Broch. in-8° de 32 pages. Clermont-Ferrand, 1894.

— Die Criminal-Anthropologie, ihr jetziger Standpunkt, ihre ferneren Aufgaben und ihr Verhältniss zur Psychiatrie (L'anthropologie eriminelle, son point de vue actuel, ses problèmes futurs et ses relations avec la psychiatrie); par le D^r P. Nücke, de Hubertsburg. 11 pages in-8°. Extrait de l'*Irrenfreund*, 1894, n^{os} 3 et 4.

VARIÉTÉS

FÊTE JUBILAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE

La Société de médecine mentale de Belgique a célébré le vingt-cinquième anniversaire de sa fondation, le samedi 29 septembre dernier, à Bruxelles. C'est le 16 septembre 1869 que, pour la première fois, se réunirent, sous la présidence du D^r Bulekens, médecin directeur de la colonie de Gheel, un certain nombre d'aliénistes belges, et se constituèrent en une société sous le nom de *Société phéniatrique belge*, qu'elle échangea bientôt contre le titre plus simple de *Société de médecine mentale de Belgique*.

Cette association avait un triple but :

1^o L'étude des questions relatives à l'assistance et à la législation sur le régime des aliénés ;

2^o La défense des intérêts professionnels ;

3^o L'étude des questions de médecine mentale au point de vue scientifique.

La Société tint sa première séance régulière le 26 octobre 1869, et, depuis lors, elle se réunit périodiquement. On peut voir l'importance prise par cette réunion de savants en consultant le Bulletin trimestriel qu'elle publie depuis 1871 et qui contient, outre le procès-verbal des séances, des mémoires originaux et des analyses critiques des travaux étrangers. Le Bulletin en est arrivé à son 74^e fascicule, fascicule jubilaire, d'un intérêt exceptionnel, auquel ont collaboré un grand nombre de médecins aliénistes belges et étrangers, membres de la Société de médecine mentale. Tous les lecteurs de ce recueil périodique savent avec quel soin il est dirigé par son rédacteur en chef, notre sympathique collègue, M. Jul. Morel, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Gand.

La Société a tenu, à l'occasion de sa fête jubilaire, une séance extraordinaire, à Bruxelles, le samedi 29 septembre, à quatre heures. A cette séance, trois membres ont pris la parole : M. le professeur X. Francotte a présenté un *Rapport sur les travaux de la Société* depuis sa fondation ; M. Jul. Morel a donné lecture d'un travail sur *L'enseignement professionnel des*

gardiens des asiles d'aliénés; enfin, M. le professeur Masoin a fait une *Conférence sur l'assistance des épileptiques*.

A l'issue de cette réunion, à quatre heures, les membres se sont réunis en un banquet dans un des hôtels de Bruxelles.

La Société de médecine mentale de Belgique a invité la Société médico-psychologique de Paris à se faire représenter officiellement à cette fête de famille. Nous devons exprimer le vif regret que cette invitation nous soit parvenue en pleines vacances, alors que tous nos collègues étaient dispersés en quelque sorte aux quatre points de l'horizon; en temps ordinaire quelques-uns des nôtres se seraient fait un devoir de se rendre à l'appel de leurs confrères belges et de leur donner ainsi un témoignage de leurs sympathies. Le secrétaire général, se faisant auprès de M. Jul. Morel l'interprète des regrets de la Société médico-psychologique, a adressé à la Société de médecine mentale de Belgique de sincères félicitations, et lui a souhaité longue vie et prospérité. — A. R.

LE CONGRÈS CONTRE L'ALCOOLISME A LYON

Il vient de se tenir à l'Hôtel de Ville de Lyon un Congrès qui a une certaine importance. Réuni du 27 au 29 septembre par la « Ligue de la moralité publique », il a mis à son ordre du jour trois questions : le *régime légal de la prostitution*, contre lequel il s'est prononcé; la *situation légale de la femme en France*, situation très inférieure à celle qu'on trouve dans d'autres pays, même monarchiques, et qui demande de nombreuses améliorations en vue d'assurer à la femme plus de respect et d'influence éducative; enfin, la *lutte contre l'alcoolisme*.

Le rapporteur sur la question de l'alcoolisme était M. le Dr Legrain, médecin de l'asile de Ville-Evrard. Ce rapport devra être imprimé et il ne manquera pas de faire sur ses lecteurs l'impression profonde qu'il a produite sur ses auditeurs. La France court à sa ruine. Cette thèse effroyable est prouvée par une surabondance d'arguments, qui ne laissent aucun doute : il n'est que temps de l'enrayer sur sa pente fatale.

Ce qu'il y a eu d'intéressant dans ce Congrès, c'est l'idée qu'ont eue ses organisateurs de faire part au public des résultats de ses délibérations. Deux grandes réunions ont été convoquées dans le principal amphithéâtre de la Faculté des lettres, au palais Saint-Pierre, et dans l'une d'elles, consacrée à l'alcoolisme, plusieurs orateurs se sont fait entendre devant plus de 800 personnes.

M. le Dr Pierret, médecin en chef de l'asile de Bron, professeur de clinique mentale, a d'abord fait le tableau original et tragique de l'*alcoolique inconscient* qui ne s'enivre jamais, mais

qui, dépassant tous les jours la dose de spiritueux tolérée par l'organisme, finit par expier sa funeste erreur par le détraquement successif de ses organes les plus importants, l'estomac, le foie, le rein, et par les troubles intellectuels et moraux qui en résultent.

Après lui, M. le D^r Motet (de Paris), venu pour la circonstance, a montré la série des *désordres produits dans l'esprit et la conscience par les alcools*, surtout les mauvais, en illustrant chacun des cas par le récit de crimes saisissants.

M. le D^r Rey, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille, a signalé l'extension du fléau dans tout le pays, dans les villages comme dans les villes, et l'a rendue sensible par l'exemple de Marseille, ville si longtemps connue pour sa sobriété. Parmi les faits qu'il a cités, nous relevons celui-ci : que l'asile des aliénés auquel il est attaché suffisait, il y a vingt ans, à quatre départements, Bouches-du-Rhône, Var, Gard, Corse, et qu'il est actuellement rempli par le seul arrondissement de Marseille. Les fils des alcooliques de cette région doivent peu de reconnaissance à leurs pères : il y a dans les écoles de la ville plus de 300 enfants arriérés, débiles d'esprit et de corps, hors d'état de profiter de l'enseignement, et il en reste hors des écoles une proportion au moins égale qu'il est impossible d'y admettre. Si donc, nous n'y mettons ordre, l'alcoolisme fera de nous à la longue un peuple de crétins.

M. le D^r Bard, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, s'associant aux dires de ses collègues, a proposé ensuite une série de mesures que le Parlement et le Gouvernement pourraient utilement adopter : monopole aux mains de l'Etat de la fabrication de l'alcool en vue de sa rectification, forte taxe sur les débits de boissons, réduction de leur nombre, internement et cure des alcooliques dans des établissements spéciaux. M. Bard croit qu'il existe un moyen de réduire le nombre des débits sans soulever trop d'opposition : c'est une modification au régime des patentes. Il est aujourd'hui permis à un négociant d'exercer plusieurs commerces en ne payant que la patente de l'un d'entre eux, la patente supérieure. Beaucoup d'épiciers, par exemple, annexent à leur commerce principal un petit débit indemne ainsi de toute charge. Qu'on décide que ce débit payera patente, et patente pleine; que partout le débit paye comme s'il existait seul, et il en tombera du coup plus de 25 p. 100, tous ceux qui ne font pas par eux seuls leurs affaires. Il suffirait pour cela d'un article inséré dans la loi des finances. (Le *Progrès médical*, n° du 6 octobre 1894.)

LE RECENSEMENT DES HALLUCINATIONS
CHEZ LES INDIVIDUS SAINS

Une société anglaise de psychologie, qui s'occupe depuis dix ans, avec une activité extraordinaire, de tous les problèmes méprisés par la science officielle (télépathie, suggestion à distance, tables tournantes) vient de mener à bonne fin une statistique sur les hallucinations des individus sains. Il s'agissait de savoir combien il y a d'individus qui, n'étant ni aliénés, ni délirants, perçoivent de leurs yeux des objets ou des êtres animés qui n'existent pas, entendent des voix sans cause extérieure, ou éprouvent des sensations de contact sans que personne les touche. L'enquête a été faite par un questionnaire qu'on a répandu à profusion dans les cinq parties du monde, et dans l'espace de deux ans on a recueilli 17,000 réponses. Jamais enquête de psychologie n'a eu un pareil succès, et lorsqu'on sait par expérience ce que cela suppose de démarches et de lettres, on est frappé de la grandeur de l'effort.

Evidemment la plupart des réponses ont été négatives. « Non, je n'éprouve point, je n'ai jamais éprouvé d'hallucinations, » a-t-on pu lire sur la plupart des observations. Mais les cas positifs ont été nombreux : 2,272 ; ce qui donne tout de suite cette conclusion : une personne sur dix, prise dans la société cultivée, et vivant au milieu de nous, une personne sur dix éprouve des hallucinations. Les auteurs de l'enquête ont épluché leurs documents et n'ont retenu que les hallucinations vraies. Ils ont d'abord éliminé les rêves et tout ce qui résulte de la prolongation des rêves dans la vie éveillée. Tout le monde sait qu'au moment de s'endormir, quand on n'est qu'assoupi, on voit des images, des spectacles bizarres, on entend des voix, des musiques, etc. ; de même, si l'on est réveillé au milieu d'un cauchemar, il arrive parfois que celui-ci continue. Une femme qui veut de rêver d'un serpent, se réveille effrayée, allume sa bougie et cherche le serpent dans ses couvertures. Une jeune fille rêve qu'une vieille femme habillée en nourrice se chauffe devant la cheminée de sa chambre à coucher : elle s'éveille, ouvre les yeux, regarde la cheminée ; la vieille y est encore ! Elle ne disparaît qu'au bout de quelques minutes. Ce sont bien là, à vrai dire, des hallucinations ; mais elles sont nées pendant le sommeil, et les auteurs n'ont voulu retenir dans leur statistique que les apparitions créées en pleine veille, par une cervelle tranquille. Ils ont éliminé tout ce qui sent la maladie ou la fièvre ; ils n'ont conservé, pensent-ils, que des réponses d'individus sains. C'est peut-être le point qui soulèvera le plus de critiques.

L'immense majorité des hallucinations ont été visuelles ; ce sont des apparitions d'objets inanimés et plus souvent de personnes, qui se montrent dans les appartements déserts.

La plupart du temps, les choses se passent ainsi : un correspondant raconte qu'il était tranquillement assis dans sa salle à manger, prenant une tasse de thé (nous sommes en Angleterre) ; ses yeux se lèvent vers la porte, et il voit entrer son père, mort depuis plusieurs années, mêmes vêtements, mêmes traits. L'apparition entre comme une personne naturelle, non en glissant comme un fantôme, ce qui contredit les descriptions ordinaires des romanciers. L'apparition reste souvent muette, regarde le vivant avec des yeux tristes, puis, au bout de quelques minutes, elle s'efface, disparaît en devenant transparente ; les objets extérieurs placés derrière, qu'elle cachait comme un écran, redeviennent visibles.

Voici quelques autres exemples, intéressants à des points de vue divers. En juin 1847 — histoire ancienne, comme on le voit — M^{me} E... habitait avec son mari dans une maison qui, à leur insu, passait pour être une maison hantée. Le mari était absent, M^{me} E... était seule, assise devant la maison dont les portes étaient ouvertes ; les domestiques étaient occupés loin de là. M^{me} E... surveillait à distance des enfants qui jouaient, lorsque, tout à coup, elle vit une femme dans le salon, dont la porte était ouverte toute grande devant elle ; costume, physionomie, tout paraissait réel, et, chose vraiment frappante, en jetant les yeux sur la glace du salon, qui était derrière, M^{me} E... vit l'image de la femme qui s'y réfléchissait. Ce n'était cependant qu'une hallucination. Remarquons à ce propos que dans les expériences d'hypnotisme que nous avons faites il y a dix ans avec M. Féré, nous avons observé cette réflexion des hallucinations dans les miroirs.

Une jeune fille, fatiguée par la préparation d'un examen difficile, miss T..., travaillait encore à onze heures de nuit dans une grande chambre ; la chambre était éclairée seulement par une bougie. Levant les yeux, elle voit devant elle un homme qui la regarde ; l'homme porte le costume clair des soldats allemands en été ; la jeune fille ne s'effraye pas, reconnaît, à ce qu'il semble, qu'elle éprouve une hallucination et ferme les yeux pour s'assurer si l'apparition restera visible les yeux clos ; la vision disparaît ; mais quand elle ouvre les yeux, elle revoit encore l'homme qui la regarde. Peu de temps après, l'hallucination prenait fin.

Il faut remarquer qu'on ne trouve dans ces hallucinations rien de monstrueux, d'horrible, ou simplement d'in vraisemblable ; ce sont les hallucinations des enfants qui ont ces derniers caractères ; quand on lit dans une observation que la per-

sonne a vu apparaître un ange ayant des bottes bleues, on peut être sûr que c'est une hallucination de l'enfance. Les apparitions des individus sains ont un caractère raisonnable, bien en rapport avec l'intelligence qui les a conçues.

On pouvait s'attendre à ce que les femmes, qui ont plus que les hommes, le pouvoir de se représenter vivement les choses comme si elles les voyaient, fourniraient la majorité des hallucinés. La statistique n'a pas trompé cette attente; le nombre des femmes est à celui des hommes comme 3 est à 2. L'âge le plus propice est de vingt à trente ans; la race paraît avoir quelque importance; les Brésiliens, pour ne prendre qu'un exemple, donnent un tant pour cent plus considérable d'hallucinés que les Anglais; l'hérédité également joue un rôle; dans une famille, plusieurs personnes sont disposées aux hallucinations, et parfois aux mêmes; on cite une famille dont les membres, à l'approche de la mort de l'un d'eux, voient apparaître un chien blanc. Mais, en dehors du fait lui-même, les personnes de cette famille, obéissant peut-être à quelques sentiments de pudeur, n'ont rien voulu écrire. Dans une autre famille, deux jeunes filles, conduisant un soir une petite voiture dans un chemin de montagne qui passe près de leur maison, aperçoivent à un certain endroit de la route une figure de paysan qui, pendant quelques minutes, marche devant leurs chevaux; puis la figure s'évanouit avec tant de brusquerie que certainement ce doit être une hallucination. L'observation est racontée dans la famille, et il se trouve que le père et le frère ont vu la même figure sur ce chemin; mais toutes les recherches faites pour en découvrir la cause restent infructueuses.

Un des faits les plus frappants révélés par cette enquête, c'est que la plupart des personnes qui répondent « oui » au questionnaire n'ont eu qu'une seule hallucination; avoir eu, dans un moment décisif de sa vie, une seule hallucination, avoir vu, par exemple, un parent mort et depuis cette époque n'avoir jamais éprouvé rien de semblable ne constitue pas un état d'halluciné. Il semble donc que l'hallucination rare et unique peut être compatible avec un bon état de santé. Les auteurs de l'enquête vont plus loin et nous donnent à entendre que ces hallucinations peuvent résulter dans certains cas de conditions telles que ce sont des hallucinations « véridiques ». Expliquons-nous.

La Société anglaise de recherches psychiques a surtout pour but, nous l'avons dit, de savoir ce qu'il y a de vrai dans la *télépathie*. On entend par ce mot l'influence que la pensée d'un individu pourrait exercer, par hypothèse, sur celle d'un autre individu placé à une grande distance; ainsi, je suis en ce moment à Paris, j'ai un ami à Lyon, je concentre ma pensée sur lui et je l'oblige en quelque sorte à penser à moi. Que de telles

actions à distance soient possibles, voilà ce que beaucoup de savants modernes recherchent avec une patience digne d'un meilleur sort ; pour ma part, je crois que, dans ces questions, on n'a encore apporté aucune probabilité dans un sens ou dans l'autre, et que le mieux est de rester sur la réserve. Les auteurs anglais ont pensé trouver dans leur enquête sur les hallucinations une série de présomptions en faveur de la télépathie. Ils ont recueilli 80 cas d'apparitions de personnes mourantes, apparitions se produisant dans les douze heures de la mort, à un moment où l'halluciné ignore le décès. C'est ce qu'ils appellent des coïncidences de la mort (*death coincidences*). Nous donnerons un exemple de ces cas. M. E. A..., Russe, écrit : « C'était à Milan, le 10/22 octobre 1888. Je demeurais à l'hôtel Ancora. Après le dîner, vers sept heures, j'étais assis sur le sofa et je lisais une gazette. Ma femme se reposait dans la même chambre, sur une couchette, derrière un rideau. La chambre était éclairée par une lampe placée sur la table auprès de laquelle j'étais assis et lisais. Tout à coup, je vis sur le fond de la porte qui se trouvait en face de moi la figure de mon père ; il était, comme toujours, en surtout noir, très pâle, comme mourant. En ce moment, j'entendis tout près de moi une voix qui me disait : « On apportera une dépêche que ton père est mort. » Tout cela ne prit que quelques secondes... Le soir du même jour, en présence de plusieurs personnes, vers les onze heures, pendant que nous prenions le thé, on frappe à la porte, et le concierge annonce une dépêche. Blême d'effroi, je m'écrie immédiatement : « Je sais, mon père est mort. » La dépêche contenait ces mots : « Papa mort subitement. — Olga. » C'était une dépêche de ma sœur vivant à Pétersbourg. J'appris plus tard que mon père s'était suicidé le matin du même jour. » Suivent l'attestation de la femme du correspondant et le texte de la dépêche ; tout est conforme.

Un autre cas est plus intéressant encore, et, à ce qu'il semble, plus démonstratif. Il nous vient également de Russie :

M^{me} Obalechef, le 17 janvier 1861, à onze heures du soir, était au lit bien portante, ne dormant pas encore ; à côté d'elle, à terre, dormait sa domestique, ci-devant serve ; dans la chambre brûlait une lampe devant les saintes images. Ayant entendu son petit enfant pleurer, la dame demanda à sa domestique de le lui donner. « Levant par hasard, dit-elle, les yeux sur la porte que j'avais devant moi, je vis entrer lentement mon beau-frère en pantoufles et en robe de chambre à carreaux que je ne lui avais jamais vue, s'approchant du fauteuil sur lequel il s'appuya, il enjamba les pieds de la domestique, qui se trouvait là, il s'assit dans le fauteuil lentement. En ce moment, la pendule de la chambre sonna onze heures. Bien sûre de voir

distinctement mon beau-frère, je m'adressai à la domestique avec la question suivante : « Tu vois Claudine ? » Mais je ne nommai pas mon beau-frère. Là-dessus, la domestique, tremblant de frayeur, me répondit immédiatement : « Je vois Nicolas Nilovitch ! » (le nom de mon beau-frère). A ces paroles, mon beau-frère se leva lentement, enjamba de nouveau les pieds étendus de Claudine et, se tournant, disparut derrière la porte qui conduisait au salon. »

M^{me} Obalechef réveilla son mari, qui prit une bougie et examina tout l'appartement très attentivement sans rien trouver d'anormal. La dame eut alors la conviction que son beau-frère, habitant à cette époque à Tver (l'apparition avait eu lieu à Odessa), venait de mourir. En effet, tout cela se confirma plus tard par une nouvelle, arrivée de Tver, annonçant que le beau-frère y était mort justement le 17 janvier 1861, à onze heures du soir. On a encore, comme confirmation du récit, le témoignage écrit de la veuve de M. Nilovitch, qui dit que les choses se sont bien passées de la sorte, et que de plus la robe de chambre décrite par sa sœur était identique à celle que M. Nilovitch s'était fait faire quelques jours avant sa mort, et dans laquelle il était mort.

Les auteurs de l'enquête retiennent trente cas de ce genre et discutent longuement la question de savoir si l'on peut les expliquer par de pures coïncidences dues au hasard. Leur manière de calculer ce que peut donner le hasard est assez curieuse. Il meurt chaque année, disent-ils, en moyenne 19 personnes par 1,000 ; la probabilité pour que telle personne prise au hasard meure cette année est de 19 sur 1,000 ; la probabilité pour que cette personne meure un certain jour est de 19 sur 1,000 \times 365 ou 1 sur 19,000. Or, sur 13,000 cas d'apparitions réunis par l'enquête, il y a eu 30 coïncidences, ce qui est un nombre 440 fois plus fort que le nombre probable... Donc, on voit d'ici la conséquence en faveur de la télépathie. Sommes-nous convaincus par tous ces gros chiffres ? Il faut bien avouer que non. La plupart de ces coïncidences sont d'ancienne date et on ne tient pas assez compte des illusions de la mémoire, qui sont de toutes sortes. Supposons que l'auteur de l'observation que nous venons de transcrire sût que son père était malade ou désespéré, alors rien de plus naturel ; il pense à son père, à sa mort prochaine ; la pensée devient si vive que de temps en temps elle est presque hallucinatoire. L'angoisse dure plusieurs jours, puis, quand l'événement arrive, on ne songe plus qu'à la dernière anxiété, coïncidant avec la mort, à peu près ; les autres anxiétés, peut-être même les autres hallucinations des jours précédents, qui ne coïncident avec rien et ne sont pas intéressantes, sont oubliées. Je ne dis pas que les choses se sont passées ainsi,

mais elles sont possibles de cette manière, et un fait naturel, grâce aux déformations de la mémoire, peut sembler prouver des actions télépathiques si extraordinaires que peut-être nous sommes en droit de demander des démonstrations plus précises.

A. BINET.

(*Le Temps*, numéro du vendredi 19 octobre 1894.)

LES DRAMES DE L'ALCOOLISME

Suicide d'une mère et de ses cinq enfants. — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 10 octobre 1894) :

« Une mère vient d'avoir l'horrible courage de se tuer et d'entraîner avec elle dans la mort ses cinq enfants. Cet effrayant suicide, qui rappelle la douloureuse affaire Hayem, a eu lieu rue Henri-Regnault, 7, dans le quartier du Petit-Montrouge.

Là, dans un taudis situé au rez-de-chaussée, dans une pièce de 3 mètres de large sur 3^m,50 de long et dont le loyer était de 160 francs par an, vivait le ménage Hoffmann. L'homme, ouvrier carreleur, était sans travail depuis près de six semaines; la femme allait mendier aux portes des églises avec ses cinq enfants accrochés à ses jupes.

Tous deux buvaient et c'étaient dans le ménage des scènes continuelles. La femme, surtout, était acariâtre et violente et faisait de son foyer un véritable enfer. Leurs dernières ressources étaient épuisées, le terme allait échoir et ils avaient reçu signification d'un jugement d'expulsion. La femme Hoffmann se montrait tous les jours plus exaltée à mesure que le moment de quitter le logement approchait, et elle manifestait à l'égard de M^{me} veuve Roux, la concierge, une vive irritation, l'accusant d'être la cause de leur départ.

« Figurez-vous, nous dit M^{me} Roux, que l'exaltation de cette malheureuse femme en était venue à un point, ces jours derniers, qu'elle m'accusait d'être la cause de tous les malheurs qui lui arrivaient. De plus, elle disait que je cherchais à détourner son mari de ses devoirs conjugaux... et le pauvre homme, si vous le voyiez ! dit M^{me} Roux en haussant les épaules... Du reste, les voisins peuvent vous le dire comme moi-même, c'étaient tout le temps dans le ménage des scènes d'une violence extraordinaire. Hier encore, dans la matinée, après m'avoir insultée grossièrement, elle m'a menacée d'un couperet de cuisine, en disant qu'elle me ferait mon affaire. Avant-hier son mari eut avec elle une scène épouvantable, si bien qu'il préféra coucher dans un hôtel du quartier plutôt que de continuer à supporter les fantaisies de sa femme. Celle-ci, quand il fut parti, conti-

nua de faire du bruit, de crier et de casser tout le misérable mobilier qu'ils possédaient. Puis, vers trois heures, le silence se fit et dans la maison nous crûmes tous que la femme Hoffmann était sortie avec toute sa famille, comme elle le faisait souvent dans la journée, pour aller mendier.

« Vers sept heures et demie, le mari revint; il frappa à la porte : rien ne bougea. Inquiet, il appela. Personne ne répondit. Il cassa alors les carreaux et, par le trou qu'il fit, il put apercevoir au milieu de la chambre des lueurs de braises de charbon brûlant à même le carreau. Il était ivre, mais il comprit ce qui venait de se passer, et aussitôt il appela au secours. Les voisins accoururent à ses appels, mais on ne put ouvrir la porte : elle était clouée intérieurement au moyen de gros clous ; il fallut l'enfoncer. Quel affreux spectacle, quand, à la suite de quarante curieux, nous pûmes entrer dans le taudis, frappa nos regards.

« Dans un moment d'exaltation, de folie alcoolique dont elle était coutumière, la femme Hoffmann avait retiré les draps et le matelas du grand lit en bois et là, presque à côté du buffet boiteux qui est à peu près, avec un autre lit en fer, le seul meuble de cet appartement, avec tous ses enfants groupés autour d'elle, elle s'était installée auprès du tas de charbon qu'elle avait allumé. »

« Quel spectacle ! Je l'aurai toujours devant mes yeux, continue une voisine : tout autour de la mère ces pauvres enfants que nous pouvions voir, il y a quelques heures, gambader dans la cour, ignorants de l'horrible mort qui les attendait ! Je les connaissais tous : Victorine et Marthe, l'une âgée de dix ans, l'autre de huit, Gaston et Pauline, l'un de sept ans, l'autre de deux ans et demi, et le bébé d'un an que sa mère allaitait encore ! Pauvres petits malheureux ! Ils se tenaient près de leur mère, couchés ou à demi couchés, accoudés près d'elle, ayant passé dans l'autre vie sans souffrance, sans une larme... Ils n'ont pas su, quoi !... »

Tandis que les assistants étaient saisis d'horreur devant ce déplorable événement, conséquence de la misère, de l'inconduite et de l'ivrognerie, le mari, lui, était entré dans une surexcitation impossible à décrire, fou, riant, pleurant ; on dut s'en rendre maître, l'emmener au poste et le garder en surveillance dans son intérêt. Il continua à faire longtemps encore du bruit ; mais enfin, harassé, brisé de fatigue, il s'endormit pour ne se réveiller qu'à trois heures du matin, heure à laquelle il recommença à faire une nouvelle scène et déclara qu'il allait se suicider aussi en se jetant la tête contre les murs. Ce matin, il est plus calme et il pleure abondamment sur un banc du commissariat où il est encore gardé à vue.

Tel est le drame effrayant qui s'est déroulé au n° 7 de la rue Henri-Regnault. Les époux Hoffmann, nous a-t-on dit dans le quartier, étaient des alcooliques, des paresseux, qui ne vivaient que d'aumônes et de secours que leur apportaient souvent à leur domicile des religieuses et des délégués de sociétés de bienfaisance. La femme était d'une jalousie féroce. Le couple a eu sept enfants ; deux étaient morts, et quant à la petite Marthe, que quelques-uns de nos confrères ont prise pour une étrangère dont les parents payaient soixante francs par mois de pension aux époux Hoffmann, elle est simplement la fille de ces derniers et est née au mois de novembre 1885 dans le XIV^e arrondissement, ainsi qu'il résulte de la déclaration qui en est faite sur le contrat de mariage. »

Alcooliques uxoricides. — On télégraphie de Lyon au *Temps* (numéro du 16 octobre 1894) :

« Un drame sanglant a eu lieu hier, après-midi, cours Lafayette prolongé. Un sieur Vaganay, âgé de quarante ans, chapelier, a, dans un accès de folie, tué sa femme d'un coup de revolver à la tête.

Le meurtrier, qui est un alcoolique, avait dû être enfermé pendant quelques mois à l'asile de Bron. Il en sortit, paraissant guéri ; mais bientôt il se livra à de nouveaux excès qui amenèrent de nouveaux symptômes de sa maladie. Il se montrait alors d'une jalousie féroce, quoique rien ne le motivât, et faisait des scènes terribles à sa femme.

Hier, les deux époux qui sont dans une bonne situation de fortune, revenaient de faire un voyage d'agrément dans le Midi. Ils déballaient leurs bagages lorsque, à propos d'un incident futile, Vaganay chercha querelle à sa femme, et, soudain, tirant un revolver, il lui logea une balle dans la tête. La mort fut instantanée.

Les trois enfants des malheureux assistaient à cette scène. Les voisins accoururent et conduisirent le meurtrier au bureau de police. Il ne manifesta aucune émotion et dit simplement : « Elle est bien morte ; je n'ai pas raté mon coup. C'est bien fait ! » On ne put en tirer autre chose.

Il est probable qu'après examen Vaganay sera conduit dans un hospice d'aliénés. »

— Peu de jours après, le même journal (numéro du 19 octobre) recevait de Lyon la relation d'un fait criminel presque analogue au précédent :

« Un nouveau drame de la folie vient de se produire rue Garibaldi.

Le nommé Burguet, âgé de quarante ans, courtier d'assurances, ancien adjudant au 12^e chasseurs à pied où il servit

dix-sept ans, s'était marié au sortir du régiment avec une veuve Clavel, de dix ans plus âgée que lui. Le ménage vivait en assez bonne intelligence, lorsque Burguet, qui se livrait à la boisson, présenta à diverses reprises des symptômes de folie. Il fit des scènes fréquentes de jalousie à sa femme et alla même jusqu'à la frapper.

Un beau jour, on dut l'enfermer à Bron, où son état ne tarda pas à s'améliorer. Dès qu'il fut jugé guéri, on le laissa sortir; mais il se remit à boire, et les mêmes scènes recommencèrent.

M^{me} Burguet, effrayée, fut prise à son tour d'un véritable délire de la persécution et disait partout que son mari voulait la tuer. Mardi soir, après dîner, elle eut quelques coliques et se crut empoisonnée. Aussitôt elle envoya chercher des gardiens de la paix qui, devant ses accusations précises, conduisirent le mari au poste.

Cependant, les douleurs de la femme s'étant un peu calmées, elle jugea qu'elle s'était méprise et alla faire mettre son mari en liberté. Les deux époux revinrent au logis et se couchèrent. Il était quatre heures du matin : de nouvelles discussions s'élevèrent. Tout à coup le mari saisit un couteau et en frappa sa femme à la poitrine. La malheureuse, blessée mortellement, put s'enfuir, monter à l'étage au-dessus où demeure sa fille, se faire ouvrir en criant : « J'étouffe ! » Puis elle vint tomber sans vie au milieu des berceaux de ses trois petits-enfants qu'elle écla-boussa de son sang.

Pendant ce temps, Burguet avait tenté de se tuer en se portant un coup de couteau à la poitrine. Son état est assez grave. Il a été conduit à l'Hôtel-Dieu. »

FAITS DIVERS

Alcoolisme. — Le Conseil général des Bouches-du-Rhône a émis un vœu tendant à l'aggravation de la loi pour la répression de l'alcoolisme considéré comme danger social.

Un cas de léthargie. — A Congorto, province de Léon (Espagne), une jeune enfant de onze ans est récemment demeurée pendant cinquante-quatre jours dans l'état léthargique. Comme on avait failli l'enterrer toute vive, le bruit s'est répandu dans les environs qu'elle était ressuscitée.

Epidémie de beriberi dans un asile d'aliénés. — On télégraphie de Londres, à l'Agence nationale, le 9 octobre 1894 :

D'après le *Freeman's Journal*, une maladie asiatique, le *beriberi* avait éclaté à l'asile des fous de Dublin et aurait déjà fait quatorze victimes.

Epidémie de suicide en Angleterre. — La cholérine et la pe-

tite, vérole ne sont pas les seules épidémies qui sévissent présentement à Londres. Presque aussi meurtriers y sont les effets de la suicidomanie, à en juger par la liste suivante, ne comprenant que des cas officiellement constatés ces jours derniers par les coroners des différents quartiers de la métropole : A Poplar une nommée M... s'empoisonne avec l'esprit de sel, sous prétexte de guérir des rhumatismes ; un employé des postes, M. C..., se brûle la cervelle dans une salle d'attente de la gare de King's Cross ; une jeune fille, infirmière dans un asile d'aliénés, s'administre de la mort-aux-rats ; c'est également par le poison qu'un rédacteur principal de l'administration des docks de Vreyham met fin à ses jours. En dehors de la métropole, on mentionne, à la même date : l'immersion volontaire de P...-M...-K... dans la Clyde ; la tentative du chauffeur O'Brien, qui, arrivé de Buenos-Ayres une semaine auparavant, n'avait pas trouvé de gagne-pain, pour se noyer dans la Tamise ; enfin, trois autres cas non spécifiés. (*Le Progrès médical*, numéro du 1^{er} septembre 1894.)

Un centenaire atteint d'aliénation mentale. — Un centenaire qui n'est pas banal, c'est l'ancien soldat André Spazierer, âgé de cent un an. Il vient d'être subitement atteint d'aliénation mentale et a dû être transféré dans une maison de santé spéciale.

Proposition d'une enquête parlementaire sur le régime des asiles d'aliénés de France. — M. Michelin, député de la Seine, vient, avec plusieurs de ses collègues, de déposer une proposition de résolution ayant pour objet la nomination d'une commission de 22 membres chargée de procéder à une enquête parlementaire sur le régime des asiles d'aliénés.

ENSEIGNEMENT

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. JULES SOURY, maître de conférences près la section des sciences historiques et philologiques, reprendra son cours, à la Sorbonne, le lundi 5 novembre 1894. Il traitera les lundis, à quatre heures et demie, des *troubles sensoriels et moteurs du langage* ; il étudiera, les vendredis, à la même heure, différentes questions de *psychologie physiologique*.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XX^e VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

	PAGES
Inauguration des bustes de Baillarger et de Falret à l'Hospice de la Salpêtrière.	177

I. — Chronique.

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, à Clermont-Ferrand; par le D ^r Giraud.	219
Le Congrès national d'assistance à Lyon; le Congrès international de patronage à Anvers; par le D ^r Giraud.	337
Lettre d'Amérique: L'affaire Prendergast et les déficiences des expertises médico-légales en matière de folie. — Les progrès de l'assistance des aliénés retardés par les ingérences politiques. — Cession de l' <i>American Journal of Insanity</i> à l'Association médico-psychologique; par le D ^r Bannister.	355

II. — Pathologie.

Les hallucinations et le dédoublement de la personnalité. Les persécutés possédés et la variété psycho-motrice du délire des persécutés systématique; par le D ^r J. Séglas.	5
La valeur des signes de dégénérescence dans l'étude des maladies mentales; par le D ^r Naecke.	250
De l'origine hépatique de certains délires des alcooliques; par le D ^r M. Klippel.	262
De l'absence du chevauchement habituel de la partie antérieure des arcades dentaires comme stigmate de dégénérescence; par le D ^r L. Camuset.	361

III. — Médecine légale.

Un cas d'épilepsie alléguée et simulée; par le D ^r Samuel Garnier.	44
Les incendiaires en Savoie au point de vue médico-légal. Etude sur la démence légale; par le D ^r Jules Dumaz.	370

IV. — Établissements d'aliénés.

Hôpital d'alcoolisés; par le D ^r Rouby.	273
Le mobilier et les instruments de travail des aliénés pauvres et incurables; par le D ^r Th. Taty.	401

V. — Revue critique.

	PAGES
De la céphalalgie dans les maladies mentales; par le Dr A. Cuillerre.	75
La folie bienporrhagique; par le Dr A. Cuillerre.	291
La cure des buveurs; par le Dr Marandon de Montyel.	411

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

<i>Séance solennelle du 30 avril 1894.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages: MM. Bonchaud, Azzurri, Paul Aubry. — Rapport de la Commission du prix Esquirol: M. Klippel. — Eloge de Jules Cotard: M. Ritti.	84
<i>Séance du 28 mai 1894.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages: MM. Mitivie, René Semelaigne, Angelucci, Pieraccini, Christian. — Inauguration des bustes de J. Baillarger et J.-P. Falret: MM. Ch. Vallon, Joffroy. — Rapport de M. Marandon de Montyel sur la candidature de M. Maupaté: élection. — Rapport médico-légal sur un attentat à la pudeur commis par un épileptique: MM. Vallon, Falret, Joffroy, Charpentier, Christian, Ségla, Briand. — Alcoolisme et délire de persécution avec auto-accusation: MM. Roubinovitch, Charpentier, Ségla. — Sur un appareil propulseur destiné à remplacer l'irrigateur dans l'alimentation forcée: M. Lwoff.	112
<i>Séance du 25 juin 1894.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages: MM. Maupaté, Lachaux, Boissier, Miguel Bombarda, Mann. — Communication relative à un individu affecté de débilité mentale et de perversions instinctives: MM. Gilbert Ballet, Christian, Briand, Vallon, Chaslin, Joffroy.	442
<i>Séance du 30 juillet 1894.</i> — A propos du procès-verbal; M. Charpentier. — Correspondance et présentation d'ouvrages: M. Han-nion. — Don de M. Aug. Voisin à la Société médico-psychologique: M. Ritti. — Inauguration des bustes de Baillarger et de Falret à la Salpêtrière: MM. Ritti et Vallon. — Sur un pseudo-attentat anarchiste: MM. Rist, Vallon, Charpentier, Christian. — Sur le fonctionnement de l'asile des aliénés criminels de Gaillon: MM. H. Colin, Motet, Charpentier.	451

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1891-1892).

Anal. par le Dr L. CAMUSET.	
De la chloroformisation.	299
Cas de plaie du cerveau.	299
Cocainisme chronique.	300
Traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse.	301
Hystérie chez les nonnés et les enfants au-dessous de deux ans.	301
Traitement d'un cas de cécité à marche rapide par le lactate de zinc.	303

	PAGES
Cas de tétanos traumatique chronique à marche progressive guéri par l'amputation	304

JOURNAUX AMÉRICAINS (1891-1893).

Anal. par le D^r V. PARANT.

L'ivresse au point de vue criminel.	460
La folie dans la race de couleur aux États-Unis.	460
Evolution du délire sous l'influence des conceptions impératives.	460
90 cas de démence paralytique.	461
Le physique et le mental.	461
Folie de la puberté.	461
L'art chez les aliénés.	462
Projet de classification de la folie.	462
Cas de manie transitoire.	462
Folies consécutives à l'épuisement, aux fièvres, aux coups et blessures, à la parturition, etc.	463
Lois de périodicité dans l'alcoolisme.	463
Trouble mental dans la névrite généralisée.	464
Deux cas d'amnésie rétro-antérograde.	464
Insomnie chez un enfant.	465
Etat mental de Berkman, agresseur de Frick.	465
Démence paralytique et syphilis.	465
Folie traumatique.	466
Mal de Bright et folie.	466
Jalonsie morbide.	466
Procès de Joséphine Mallison Smith au point de vue médico-légal et psychologique.	467
Erotisme morbide.	467
Folie causée par l'abus du chanvre indien	467

II. — Bibliographie.

Traité des maladies mentales; par le D ^r H. Dagonet, avec la collaboration des D ^{rs} J. Dagonet et Duhamel (Anal. par le D ^r Christian)	144
Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique; par le D ^r Ch. Vallon (Anal. par le D ^r Arnaud).	150
Histologie pathologique de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale; par le D ^r Binswanger (Anal. par le D ^r J. Dagonet).	152
Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux; par le professeur A. Pitres (Anal. par le D ^r Callerre).	155
Des complexités des causes de la paralysie générale; par le D ^r Edmond Lafaye (Anal. par J. Soury)	158
Du faisceau sensitif. La localisation cérébrale de la sensibilité générale; par Jules Soury (Anal. par le D ^r L. Camuset).	306
Contribution à l'étude d'une nouvelle modalité de la sensibilité cutanée (sensibilité hygrique ou de mouillure); par le D ^r R. Tambroni (Anal. par J. Soury).	310
Tumeurs encéphaliques et localisations fonctionnelles dans l'encéphale (Anal. par J. Soury)	313
La paralysie générale dans l'Italie du Sud; par le D ^r Raphaël Roscioli (Anal. par le D ^r Nicoulau)	314
La folie chez les douaniers; par le D ^r Romain Pellegrini (Anal. par le D ^r Nicoulau).	317

	PAGES
Du délire grippal; par le Dr Raphaël Canger (Anal. par le Dr Nicoulan)	318
L'hypnotisme; par le Dr Foveau de Courmelles (Anal. par A. C.)	318
Aliénation mentale syphilitique. Leçons cliniques; par le professeur Mairé (Anal. par le Dr L. Camuset)	468
Hydrothérapie dans le traitement des maladies nerveuses et mentales; par le Dr Frederick Peterson (Anal. par le Dr Journiac)	471
Diagnostic des maladies mentales pour médecins praticiens et étudiants; par le Dr R. Sommer (Anal. par le Dr P. Ladame)	474
Anomalies sexuelles. Autopédérastie et pseudo-masturbation; par le Dr Louis Frigerio (Anal. par le Dr Nicoulan)	476
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	159, 319 et 477
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. Assemblée générale du 30 avril 1894	321

III. — Variétés.

Inauguration des bustes de J. Baillarger et J.-P. Falret à l'hospice de la Salpêtrière. — Nominations et promotions : MM. Roubinowitch, Toulonse, H. Collin. — Nécrologie : Langlois, Boutelle, Pagès, Fabre. — Concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés. — Congrès annuel de médecine mentale. Session de Clermont-Ferrand, 6 au 10 août 1894. — Arrêt du Conseil d'Etat sur la nomination des médecins des quartiers d'hospice affectés au traitement des aliénés. — Colonie pour épileptiques dans l'Etat de New-York. — Suicides collectifs. — Tribunaux. — L'aliénation mentale dans l'armée française. — Faits divers. — Enseignement : M. Aug. Voisin	162
Nominations et promotions : MM. Max Dubuisson, Cortyl, Vallon, Paul Dubuisson, Maupaté, Dericq, Viallon, Charnel, Bonardin, Hamel, Berbez, Pécharman, Lwoff, Allaman, Chocrenaux, Régis. — Nécrologie : Baron Mundy. — Création d'un asile pour les jeunes idiots, à Bordeaux. — La question de la folie anarchiste au Congrès international de Budapest. — Gandoit et Candoit. — Faits divers	328
Fête jubilaire de la Société de médecine mentale de Belgique. — Le Congrès contre l'alcoolisme de Lyon. — Le recensement des hallucinations chez les individus sains. — Les drames de l'alcoolisme. — Faits divers. — Enseignement : M. Jules Soury	480
Table des matières du tome XX de la 7 ^e série.	493

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.